

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกวรรณ นุ่มทองดี และวลัยพร นันทศุภวัฒน์. ในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. สุจิตรา ล้มอำนาจลาก และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ). กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. หน้า 104-121. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2533.

จิรา เต็มจิตอารีย์. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

จำเนียร ช่วงโชติและคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กทม. : โรงพิมพ์การศาสนา, 2516.

จำเรียง กุระมะสุวรรณ และคณะ. การประเมินความคิดเห็น ความพอใจ และการใช้ กระบวนการพยาบาลของโรงพยาบาลในโครงการจัดหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์ 6 (มกราคม-มีนาคม 2531) : 58-70.

จุฬาลักษณ์ ธีรัตน์พันธ์. ความสำคัญของระบบบันทึกทางการพยาบาลต่อวิชาชีพ. ใน การบันทึกทางการพยาบาล การสัมมนาเชิงปฏิบัติ 14-16 มีนาคม 2531. หน้า 1-8. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2531. (อัดสำเนา).

ทัศนากัญญาทอง. การพัฒนาศาสตร์ในวิชาชีพการพยาบาล. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 1-7. หน้า 221-260. กทม : บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์, 2530.

ธวัชชัย วงพริศธร. รูปแบบการวิจัยแบบทดลอง. 2530. (ม.ป.ท.)

- นวลศรี สายเชื้อ. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.
- นิษิตา สีนะขุนางกูร. การวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอินทร์, 2531.
- _____. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : หสน. สามเจริญพานิช, 2531.
- บุญศรี ปราภณศักดิ์ และศิริพร จีรวัดน์กุล. การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. โรงพิมพ์ศิริพันธ์ออฟเซ็ท, 2531.
- ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ฉบับปรับปรุงแก้ไข. ปทุมธานี : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า จำกัด, 2528.
- _____. สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2529.
- _____. สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณด้วยภาษา BASIC. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- ประคอง อินทรสมบัติ. การบันทึกการพยาบาลจะประกันคุณภาพได้อย่างไร. ใน ประมวลการประชุมพยาบาลครั้งที่ 6 (2-7 พฤศจิกายน 2522). หน้า 240-261. กรุงเทพมหานคร. 2522. (ม.ป.ท.)

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. การพัฒนาทัศนคติ. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง การพัฒนาการสอนทางพยาบาลศาสตร์. 2527. (อัดสำเนา)

พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข. อัจฉรา หล่อวิจิตร และพรทิพย์ บุญพวง. การวางแผนการพยาบาล. ในสัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, สัจจิรา ลิ้มอำนาจลาก และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ), กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. หน้า 69-104. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2533.

พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ. การประเมินผู้รับบริการ. ในสัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, สัจจิรา ลิ้มอำนาจลาก และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ). กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้. หน้า 17-46. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2533.

พรศรี ศรีอัฐภาพร และยุวดี วัฒนานนท์. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถุญต์. การปฏิบัติการพยาบาล. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 8-15. หน้า 675-739. กรุงเทพมหานคร : หจก. ภาพพิมพ์, 2531.

พวงรัตน์ บุญนารักษ์. การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยเซหม, 2522.

_____. วิชาชีพการพยาบาลในทศวรรษแห่งการเปลี่ยนแปลง. ใน เอกสารการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 8 เรื่อง การพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพชีวิต. หน้า 60-73. กรุงเทพมหานคร, 2530. (ม.ป.ท.)

- รัชนี้ ศุจนทร์รัตน์. ทักษะการติดต่อสื่อสาร. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : โรงพิมพ์
อัลลายต์เพอร์ส, 2531.
- เรียม เรืองพานิช. ผู้ช่วยผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ. สัมภาษณ์, 12 มีนาคม 2533.
- ละเอียด ภูมิบ่อพลับ และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. โครงการปรับปรุงการวางแผนการ
พยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2. สงขลา.
2531. (ม.ป.ท.). (อัดสำเนา)
- ลัดดา เชียงเห็น. การวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, 2530.
- วิพร เสนารักษ์. การบันทึกทางการพยาบาล : เสนอแนวคิดและรูปแบบหนึ่งในการนำไปใช้
ในคลินิก. ในการบันทึกทางการพยาบาล การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ 14-16 มีนาคม
2531. หน้า 50-74. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
2531. (อัดสำเนา).
- _____. การวินิจฉัยการพยาบาล. ในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาก
และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ). กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้
หน้า 47-67. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2533.
- วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล : มโนทัศน์และกระบวนการพยาบาล.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 12 (เมษายน-มิถุนายน 2532) : 23-37.
- วรรณ วสุกุล. ความสามารถในการใช้ภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5
เขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, 2533.

ศิริพร ชัมภลิต. กระบวนการพยาบาล มิติใหม่ทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์ 9 (มกราคม-มีนาคม 2532) : 1-12.

_____. แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา : โรงพิมพ์อัลลฮาด์
เพรส, 2533.

ศรีเทียน อุษณาวรรณ. แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ทดลองในการพยาบาลผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์. ในการบันทึกทางการพยาบาล การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ
14-15 มีนาคม 2531.

สมจิต หุญเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพมหานคร : บริษัทเอเชียเพรส จำกัด, 2531.

สมจิต หุญเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. การประเมินผลการพยาบาล. ใน
มิโนมติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 8-15. หน้า 741-781.
กรุงเทพมหานคร : หจก. ภาพพิมพ์, 2531.

สมจิต หุญเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และสุภาณี การจนจारी. "การติดตามการใช้
รับบันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลรามธิบดี." วารสารพยาบาล
34 (มกราคม-มีนาคม 2528) : 10-26.

สมพันธ์ วิทยิระนันท์ และคณะ. รายงานการวิจัยการประเมินโครงการของผู้ป่วยเพื่อพัฒนา
คุณภาพการพยาบาล : ระยะสิ้นสุดโครงการ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สมหวัง นิธิยานุวัฒน์. การออกแบบวิจัย. ใน ไพฑูรย์ สินลารัตน์ และสำลี ทองธิว
(บรรณาธิการ), ชุดรวบรวมบทความอันดับที่ 2 การวิจัยทางการศึกษา : หลักและวิธีการ

สำหรับนักวิจัย. หน้า 50-80. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2530.

สุชาติ รัชชกุล. การวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

สุภาพ วาดเขียน. มาตรการและประเมินผลพฤติกรรม. 2532. (ม.ป.ท.)

_____. แนวทางวารเขียนวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1.
บริษัทสำนักพิมพ์ ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2525.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. กระบวนการพยาบาล : ปัญหาและอุปสรรคบางประการในการ
นำไปใช้ ใน การบันทึกทางการพยาบาล การสัมมนาใช้ปฏิบัติ 14-16 มีนาคม
2531. หน้า 20-28. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2531. (อัตสำเนา).

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และเอื้อมพร ทองกระจาย. กระบวนการพยาบาล : วิชาการ
ความสำคัญ แนวคิดและทฤษฎี. ใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ
และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ), กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้.
หน้า 1-15. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2533.

อุทุมพร จามรมาน. การสัมตัวอย่างทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟีนีქซ์บลิซซิ่ง, 2532.

_____. แบบสอบถาม : การสร้างและการใช้. 2530 (ม.ป.ท.)

อุบล เกาสายพันธ์. ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

อำพน นวลโคกสูง และชิตชม สุวรรณน้อย. การประเมินผลการพยาบาล. ใน
สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์
(บรรณาธิการ), กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้. หน้า 123-131.
ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2533.

อำภาพร พัววิไล. การประเมินผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาล. ใน การบันทึกทางการ
พยาบาล การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ 14-16 มีนาคม 2531. หน้า 29-42.
ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2531. (อัดสำเนา)

_____. ระบบการบันทึกโดยปัญหา. 2523. (ม.ป.ท.) (อัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

Alfaro, R. Application of Nursing Process A step-by-step Guide.
Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1986.

Atwood, J., Mitchell, P.H., and Yarnall, S.R. The POR : A system
for Communication. Nursing Clinic of Northe America
9 (June 1974) : 229-234.

Barbara, J.S. Why won't nurses write nursing care plans in Marriner,
A. (Editor), The Nursing Process A Scientific approach to
nursing care. P. 97-102. Saint Louis : The C.V. Mosby
Company, 1975.

- Barbiaz, J.E., Hunt, V., and Lowenstein, A. Nursing Documentaion :
A Format Not a Form. The Journal of Nursing Administration
11 (June 1981) : 22-26.
- Beck, C., Rawlins, R.P., and Williams, S.R. Mental Health-Psychiatric
Nursing. 2nd ed. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1988.
- Bell, E.A. Charting : How to Get out of a Rut. Nursing 81 11 (March
1981) : 43.
- Berni, R., and Readey, H. Problem-Oriented Medical Record Implementation.
2 nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.
- Bloom, J.T., Pardee, G.P., and Molbo, D.M. Dynamcs of Problem-Oriented
Approachs : Patient Care and Documentation. Philadelphia :
J.B. Lippincott Company, 1976.
- Carpenito, L.J. Handbook of Nursing Diagnosis. Philadelphia :
J.B. Lippincott Company, 1987.
- Castledine, G. A Poor Record in Writing. Unrsing Mirror 2 (June
1982) : 31.
- Colton, M.R. A Note on Professional Record Keeping. Supervisor
Nurses 9 (August 1978) : 50, 56-57.

- Cunning, B., and Pflederer, D. Tackling the Nursing-Process, Gamely. Nursing Management 17 (May 1986) : 49-52.
- Flox-Ungar, E., Newell, G., and Guilbault, K. Documentation : Communicating Professionalism. Nursing Management 20 (January 1989) : 65-68, 70.
- Froebe, D. J., and Bain, J. R. Quality Assurance programs and in Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1976.
- Ganong, J.M., and Ganong, W. L. Nursing Management. 2 md ed. Rockville : An Aspen Publication, 1980.
- Given, B., Given, W., and Simoni, L. E. Relationship of Process of care to Patient outcome. Nursing research 28 (March 3 April 1979) : 85-93.
- Gordon, M. Nursing Diagnosis : Proces and Application. New York : McGraw-Hill Inc., 1987.
- Hanna, D. V., and Wyman, Nancy B. Assessment + Diagnost = Care Planning : A Tool for Coordination. Nursing Management 8 (November 1978) : 106-109.
- Hendrickson, G., Dodato, T. M., and Kovner, C. T. How Do Hurses Use Their Time ? The Jurnal of Nursing Administration 20 (March 1990) : 31-37.

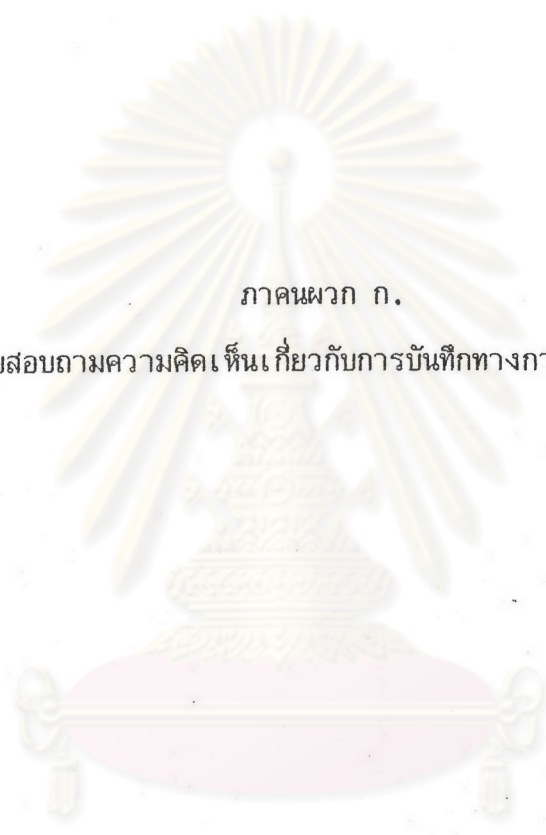
- Hill, A. Por and Nursing Care Plan : Implementation of Nursing Process and Problem. Oriented Charting. Supervisor Nurse 8 (January 1977) : 12-13.
- Kinlock, K. Problem-Oriented Recording A Scientificant Component of a quality assurance program. The Canadian Nurse. 77 (December 1981) : 39-40.
- Koziea, B., and Erb, C.L. Fundamentals of Nursing : Concepts and Procedure. California : Addison-Wesley Publishing Co., 1979.
- Kron, T. The Management of Patient Care Putting Leadership skills to work. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1971.
- Lampe, S. S. Nursing Documentation : A New Prospective. Journal of Nursing Administration 19 (March 1989).
- Laing, M. Flow Sheets Meeting the Charting Challenge. The Canadian Nurse 77 (December 1981) : 40-42.
- Litt.e, D. E., and Carnevali, D. L. Nursing Care Planing Philadlphia : J.B. Lippincott Company, 1969.
- Montemuro, M. Core Documentation : A Complete System for Charting Nursing Care. Nursing Management 19 (August 1988) : 28-32.

- Mirphy, J., Beglinger, J.E., and Johnson, B. Charting by Exception : Meeting the Challenge of Cost Containment. Nursing Management 9 (February 1988) : 56-58, 62, 64, 68-69, 70, 72.
- O. Grady, T.P. Problem-Oriented Charting : The Educational and Implementation Challenge. Supervisor Nurse 8 (January 1977) :16.
- Schell, P.L., and Campbell, A.T. POMR-Not Just Another Way to Chart in Nicholls, M.E., and Wessells, V.G. (Editor), Nursing Standards & Nursing Process P. 12-26. Wakefield : Nursing Resources, Inc., 1977.
- Thoma, D., and Pittman, K. Evaluation of Problem-Oriented Nursing Notes. Journal of Nursing Administration. 11 (May-June 1972) : 50-58.
- Walter, J.B., Pardee, G. P., and Molbo, Doris M. Dynamics of Problem-Oriented Approach : Patient Care and documentation. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1976.
- Weed, L.L. Medical Records, Medical Education, And Patient Care. 5 th ed. Chicago : Year Book Medical Publishers, 1971.
- Yarnall, S.R., and Atwood, J. Problem-oriented Practice for Nurses and Physicians. Nursing Clinics of North America 9 (June 1974) : 215-228.
- Yula, H., and Walsh, M. B. The Nursing Process Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. 4 th ed. Norwalk : Apleton-Century-Crofts, 1983.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน พยาบาลวิชาชีพที่รัก

เนื่องจากดิฉัน นางอารี ชิวเกษมสุข นิสิตมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแบบบันทึกของพยาบาล และวิธีการบันทึกในงานวิจัย เรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบันทึกโดยผู้ใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ และข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่การศึกษาวิจัยที่เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพต่อไป ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

อารี ชิวเกษมสุข

ผู้วิจัย

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์

แบบสอบถามนี้มี 17 หน้า แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 ส่วนที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์
 ส่วนที่ 3 ความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี
2. วุฒิการศึกษาทางการแพทย์สูงสุดที่ได้รับ
 - ประกาศนียบัตร ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า
 - อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____
3. ท่านปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพมาแล้วทั้งสิ้น รวมเป็นเวลา _____ ปี
4. ท่านปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครเป็นเวลา _____ ปี
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง
 - พยาบาลประจำการ
 - หัวหน้าหอผู้ป่วย
6. ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย
 - ตึกประสงค์ชัยรัตน์ 2 ตึกบริดลีย์ 4
 - ตึกประสงค์ชัยรัตน์ 4 ตึกบริดลีย์ 5
 - ตึกประสงค์ชัยรัตน์ 5 ตึกบริดลีย์ 8
7. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการบันทึกโดยปัญหา (Problem-oriented record) หลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลแล้วหรือไม่
 - เคย ไม่เคย
8. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาลหลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลแล้วหรือไม่
 - เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือ เติมข้อความสั้น ๆ ลงใน
ตามความเป็นจริง

รายการ	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ
<p>ก. มีแบบบันทึกเหล่านี้ในหอผู้ป่วยที่ท่านทำงานอยู่หรือไม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบประเมินผู้รับบริการ (Assessment form) 2. แบบบันทึกสำหรับบันทึกปัญหา หรือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. แบบบันทึกแผนการพยาบาล 4. แบบบันทึกการพยาบาลประจำเวร (Nurse's note form) 5. แบบบันทึกการประเมินผลการพยาบาล (กล่าวสรุปว่าปัญหาได้รับการแก้ไขหรือปัญหาเปลี่ยนแปลง) 6. แบบบันทึกการสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ 			

รายการ	Kardex	Nurse's note	แบบฟอร์มอื่น โปรดระบุ	ไม่มีแบบ ฟอร์มเฉพาะ
<p>ข. ท่านบันทึกข้อมูลเหล่านี้ลงในแบบบันทึก หรือ แบบฟอร์มใด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลแรกรับผู้ป่วย 2. ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. แผนการพยาบาล 4. การปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน 5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล 				

รายการ	Kardex	Nurse's note	แบบฟอร์มอื่น โปรดระบุ	ไม่มีแบบ ฟอร์มเฉพาะ
6. การประเมินผลการพยาบาลโดยสรุปว่า ปัญหาได้รับการแก้ไข หรือ ปัญหา เปลี่ยนแปลง				
7. สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ				

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่มีการ บันทึก	ไม่แน่ใจ
<p>ค. การใช้แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม</p> <p>1. <u>แบบประเมินผู้รับบริการ (Assessment form)</u></p> <p>1.1 ท่านสามารถบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ ลงในแบบประเมินผู้รับบริการได้ครบถ้วน</p> <p>1.2 แบบประเมินผู้รับบริการที่มีอยู่ ทำให้ท่านสามารถ บันทึกข้อมูลได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว</p> <p>1.3 แบบประเมินผู้รับบริการที่มีอยู่ สามารถบันทึกข้อมูล ได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม</p>				
<p>2. <u>แบบบันทึกแผนการพยาบาล (ที่ใช้ข้อมูล)</u></p> <p>2.1 ท่านบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว</p> <p>2.2 ท่านบันทึกได้ต่อเนื่องตั้งแต่รับผู้รับบริการ จนถึง การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>2.3 ท่านบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหาได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว</p>				

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่มีการบันทึก	ไม่แน่ใจ
2.4 ท่านบันทึกแผนการพยาบาลของแต่ละปัญหาได้ครบถ้วน 2.5 ท่านบันทึกการประเมินผลการพยาบาลของแต่ละปัญหาโดยสรุปว่า ปัญหาได้รับการแก้ไข หรือ ปัญหาเปลี่ยนแปลง 2.6 ท่านบันทึกการประเมินผลการพยาบาลของแต่ละปัญหาได้อย่างครบถ้วน				
3. <u>แบบบันทึกการพยาบาลประจำวัน</u> (Nurse's note form) 3.1 ท่านบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว 3.2 ท่านบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 3.3 ท่านบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว 3.4 ท่านบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม				
4. <u>แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ</u> 4.1 ท่านบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการได้สะดวก 4.2 ท่านบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการได้ครบถ้วน				

รายการ	มาก	ค่อนข้าง มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่มี เลย
ง. ด้านการบันทึก					
1. มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อแรกรับอย่าง เป็นระบบชัดเจน					
2. มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อแรกรับครบ ถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม					
3. มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการหรือข้อวินิจฉัยการ พยาบาลอยู่ในระดับใด					
4. มีการเขียนแผนการพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อยู่ในระดับใด					
5. มีการเขียนบันทึกการพยาบาลประจำเวร หรือบันทึก การพยาบาล (Nurse's note) ในรูปของข้อมูล ของผู้รับบริการการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติ การพยาบาลในระดับใด					
6. มีการบันทึกประเมินผลการพยาบาลโดยสรุปว่าปัญหา ได้รับการแก้ไขหรือปัญหาเปลี่ยนไปอยู่ในระดับใด					
7. มีการเขียนสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการอยู่ในระดับใด					

รายการ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	ไม่แน่ใจ
<p>จ. ข้อมูลสรุป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านมีความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ตามแนวทางของระบบการบันทึกโดยปัญหา (Problem-oriented record) เพียงใด 2. ท่านมีความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลเพียงใด 3. ท่านสามารถบันทึกตามแนวทางของกระบวนการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์เพียงใด (พิจารณาจากแบบบันทึกที่มีอยู่ในปัจจุบัน) 4. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับหลักของการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์โดยทั่วไปเพียงใด (เช่น เขียนผิด ห้ามลบ ให้ขีดฆ่าแล้วเซ็นชื่อกำกับ) 					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความต้องการของท่าน

1. ท่านต้องการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ
 - แบบมีระบบ / มีแนวคิดที่แน่นอน / มีแบบฟอร์มที่แน่ชัด (สร้างแบบบันทึกขึ้นมาใหม่)
 - แบบอิสระตามความต้องการของตนเอง (ถ้าตอบข้อนี้ไม่ต้องตอบข้อ 2)
2. แบบประเมินผู้รับบริการที่ท่านต้องการ
 - แบบมีโครงสร้าง
 - แบบไม่มีโครงสร้าง

ตัวอย่าง แบบประเมินผู้รับบริการที่มีโครงสร้าง

แบบประเมินผู้รับบริการ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน	
1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร
ประวัติการรับภูมิคุ้มกัน () ไม่เคย () เคย HBV	รับประทานอาหารวันละ.....มื้อ
อื่น ๆ.....	() ตรงเวลา () ไม่ตรงเวลาเพราะ.....
บุหรี () ไม่สูบ () สูบ ความถี่.....	.....
ชา/กาแฟ () ไม่ดื่ม () ดื่ม ความถี่.....	ดื่มน้ำ (รวมเครื่องดื่ม) วันละ.....แก้ว
สุรา () ไม่ดื่ม () ดื่ม ความถี่.....	อาการผิดปกติ (เช่น ท้องอืด กลืนลำบาก คลื่นไส้)
ยาที่ใช้ประจำ.....	.....
การดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยโดย.....	.....
.....

ตัวอย่าง แบบประเมินผู้รับบริการที่ไม่มีโครงสร้าง (ต้องใช้คู่มือประกอบการรวบรวมข้อมูล)

1. การรับรู้และดูแลสุขภาพ _____

2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร _____

3. ข้อเสนอแนะแบบประเมินผู้รับบริการที่ต้องการ นอกเหนือจากข้อ 2

4. ท่านต้องการให้มีการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการ หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยบันทึกใน

แบบบันทึกแผนการพยาบาลโดยเฉพาะ (สร้างแบบบันทึกขึ้นมาใหม่)

คาร์เด็กซ์ (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 5)

5. แบบบันทึกแผนการพยาบาลที่เขียนเป็น ปัญหาของผู้รับบริการ แผนการพยาบาล และ ประเมินผลการพยาบาล โดยกล่าวสรุปว่าปัญหาได้รับการแก้ไขหรือปัญหาเปลี่ยนแปลง) แบบใดที่ท่านพอใจ

แบบ ก.

แบบ ข.

แบบที่ท่านเสนอ (ถ้ามี)

แบบบันทึก แบบ ก.

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน		ชื่อ-นามสกุล _____	
ปัญหาของผู้รับบริการ	วันที่มี ปัญหา/เวลา	ประเมินผล การพยาบาล	แผนการพยาบาล

แบบบันทึก แบบ ข.

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน		ชื่อ-นามสกุล _____	
วันที่มี ปัญหา/เวลา	ปัญหาของผู้รับบริการ	แผนการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล

แบบบันทึก แบบ ข.

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน		ชื่อ-นามสกุล _____		
ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล	วคป. เวลา	วัตถุประสงค์ การพยาบาล	แผนการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล

แบบบันทึกที่ท่านเสนอ (กรุณาเขียนแบบบันทึกที่ต้องการ)

7. ท่านต้องการให้มีการบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ในรูปแบบ

ข้อมูลของผู้รับบริการ/ การพยาบาล/ ประเมินการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อมูลผู้รับบริการเท่านั้น (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 8)

อื่น ๆ โปรดระบุ _____

(ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 8)

8. แบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note form) ที่ต้องการ คือแบบใด

แบบ ก.

แบบ ข.

แบบที่ท่านเสนอ (ถ้ามี)

แบบบันทึกการพยาบาล แบบ ก.

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน		ชื่อ-นามสกุล _____	
วคป. เวลา	ข้อมูลของผู้รับบริการ	การพยาบาล	การประเมินผลการปฏิบัติ

แบบบันทึกการพยาบาล แบบ ข.

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน		ชื่อ-นามสกุล _____	
วคป./เวลา	ข้อมูลของผู้รับบริการ / การพยาบาล / การประเมินการปฏิบัติการพยาบาล		

แบบบันทึกที่ท่านเสนอ (กรุณาเขียนแบบบันทึกที่ต้องการ)

9. ท่านต้องการให้มีการบันทึกสรุปรายการจำหน่ายผู้รับบริการ โดยบันทึกใน

แบบบันทึกสรุปรายการจำหน่ายผู้รับบริการโดยเฉพาะ (สร้างแบบบันทึกขึ้นมาใหม่)

แบบบันทึกการพยาบาล (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 10)

อื่น ๆ โปรดระบุ _____

(ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 10)

10. แบบบันทึกสรุปรายการจำหน่ายผู้รับบริการ

แบบ ก.

แบบ ข.

แบบที่ท่านเสนอ

แบบบันทึกสรุปรายการจำหน่ายผู้รับบริการ แบบ ก.

สรุปรายการจำหน่ายผู้รับบริการ	
ชื่อ-สกุล _____	อายุ _____ ปี การวินิจฉัยโรค _____
มาด้วยอาการ _____	
ภาวะของผู้รับบริการก่อนจำหน่าย _____	
สัญญาณชีพ BP _____ mmHg	T _____ °C P _____ /min R _____ /min
สาเหตุของการจำหน่าย เพราะ _____	
คำแนะนำก่อนการจำหน่าย (เช่น เรื่องยา กิจกรรม การมาตรวจตามนัด)	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
ลงชื่อพยาบาล _____	

แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ แบบ ข.

สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ	
ชื่อ-สกุล _____	อายุ _____ ปี การวินิจฉัยโรค _____
สาเหตุของการจำหน่าย <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเพราะ <input type="checkbox"/> อาการทุเลา <input type="checkbox"/> ผู้รับบริการต้องการ	
<input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม	<input type="checkbox"/> ย้ายไป ร.พ. _____ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
สภาพของผู้รับบริการก่อนการจำหน่าย (ร่างกาย/ จิตใจ-อารมณ์) _____	
คำแนะนำก่อนการจำหน่าย เรื่อง	
<input type="checkbox"/> การปฏิบัติตน (บอกวิธีการปฏิบัติโดยย่อ)	
<input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย _____	
<input type="checkbox"/> กิจกรรมประจำวัน _____	
<input type="checkbox"/> อาหาร/ น้ำ _____	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____	
<input type="checkbox"/> การรับประทานยา _____	
<input type="checkbox"/> การมาพบแพทย์ตามนัด _____	
	ลงชื่อพยาบาล _____

แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการที่ท่านเสนอ (กรุณาเขียนแบบบันทึกที่ท่านต้องการ)

11. การเก็บแบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ ควรมีการจัดเก็บ

รวมใส่แฟ้มแยกจากแฟ้มรายงานของผู้รับบริการที่มีอยู่เดิม

ใส่รวมกับแฟ้มรายงานของผู้รับบริการที่มีอยู่เดิม

อื่น ๆ โปรดระบุ _____

12. ท่านต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในการบันทึก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

คู่มือในการบันทึก

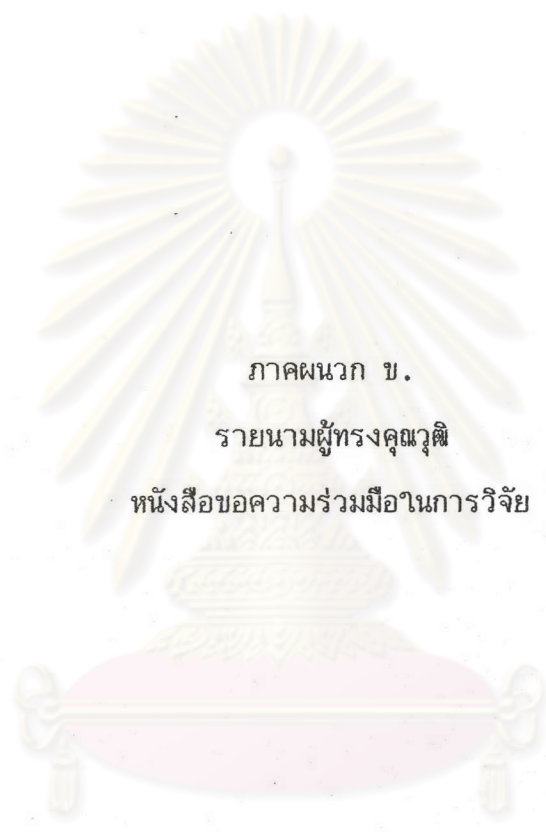
แนวปฏิบัติ (guideline) ในการบันทึกพิมพ์ไว้ด้านหลังแบบบันทึก

ตัวอย่างการบันทึกประเภทต่าง ๆ

อื่น ๆ โปรดระบุ _____

13. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ _____

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ดร. จันทร์จิรา	วงษ์ขมทอง	อธิการ วิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	ยูนิพันธ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางฉวีวรรณ	สุทธิศา	ผู้อำนวยการพยาบาล โรงพยาบาล กรุงเทพคริสเตียน
อาจารย์ดวงจันทร์	ทิพย์ปรีชา	ผู้ตรวจการแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ แผนกการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
นางครุณี	จารีมิตร	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
ดร. ทศนีย์	นันทะสร	นักวิชาการศึกษา กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
นางสาวธิดา	จิวัฒนอม	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี
อาจารย์นิษฐิศา	สินะบุณางกูร	หัวหน้าแผนกวิชาการบริหารและ พัฒนาวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
นางสาวประชิด	ศรธาพันธ์	พยาบาลประจำแผนกการพยาบาลศัลยกรรม และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช
รองศาสตราจารย์พาริตา	อิบราฮิม	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงไฉย	สาครรัตนกุล	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์เรียบ	เรืองพานิช	ผู้ช่วยผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
อาจารย์ลัดดา	ฉันทนาพานิช	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน
นางสาววรารภรณ์	หาญคุณะ เศรษฐ์	พยาบาลประจำแผนกการพยาบาล อายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต	หนูเจริญกุล	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์สมพันธ์	ทิพย์ระนันท์	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวสุกัญญา	ฉัตรสุวรรณ	หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ 2 โรงพยาบาลศิริราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ	ธีระประทีป	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์เสาวนีย์	กานต์เดชารักษ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน

ที่ ทม 0309/16159



บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2533

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย

เนื่องด้วย นางอารี ชิวเกษมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การเปรียบเทียบประสิทธิผล การบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยการนำเครื่องมือวิจัยมาทดลองกับพยาบาลวิชาชีพของแผนกอายุรกรรม กัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางอารี ชิวเกษมสุข ได้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.ถาวร วัชรไภย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

แผนกมาตรฐานการศึกษา

โทร. 2150871-3 ต่อ 3530

ที่ ทม 0309/ 15831



บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ 10330

30 พฤศจิกายน 2533

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเช็นต์หลุยส์
สิ่งที่ส่งมาด้วย รูปแบบการบันทึกการพยาบาล

เนื่องด้วย นางอารี ชิวเกษมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึก โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยการนำรูปแบบการบันทึกการพยาบาลมาทดลองกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลเช็นต์หลุยส์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางอารี ชิวเกษมสุข ได้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.ถาวร วัชรากัย)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

แผนกมาตรฐานการศึกษา

โทร. 2150871-3 ต่อ 3530



ภาคผนวก ค.

คุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการหาความเที่ยงของแบบประเมินผลความสามารถในการบันทึกโดยการคำนวณหาดัชนี
ของความสอดคล้องตามสูตรของสกีออต

ตารางที่ 23 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คนของแบบประเมินผล
ความสามารถในการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บูรณาการ
กระบวนการพยาบาล

แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	30	.001	35	.111	.011
2	28	.093	28	.089	.004
3	34	.113	35	.111	.002
4	28	.093	31	.098	.005
5	34	.113	36	.114	.001
6	30	.100	31	.098	.002
7	29	.097	27	.086	.011
8	22	.073	24	.076	.003
9	33	.011	34	.108	.002
10	32	.107	34	.108	.001
รวม	300	.999	315	.999	.042

$$\text{Reliability} = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

$$P_o = 1 - .042$$

$$= .958$$

$$P_e = (.113)^2 + (.110)^2$$

$$= .025$$

$$\text{ความเที่ยง} = \frac{.958 - .025}{1 - .025}$$

$$= .957$$

$$= .96$$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความง่ายในการบันทึก โดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟา

ตารางที่ 24 คะแนนของแบบสอบถามความง่ายในการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทาง
การพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล

พยาบาล คนที่	คะแนนข้อที่ (X_i)															คะแนน	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	X	X^2
1	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	63	3969
2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	2	4	2	1	50	2500
3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	55	3025
4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	52	2704
5	2	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	2	52	2704
6	5	2	4	3	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	53	2809
7	4	2	4	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	3	50	2500
8	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	4	4	3	57	3249
9	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57	3249
10	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57	3249
X_i	40	32	35	32	39	36	38	40	40	40	40	33	38	33	30	546 = $\sum X$	29958 = \sum
X^2_i	166	108	125	104	155	132	146	160	162	162	162	113	146	133	100		
S^2_i	.06	.56	.25	.16	.29	.24	.16	.00	.20	.20	.20	.41	.16	.41	1.00	$\sum S^2_i = 4.84$	

$$\begin{aligned}
 S_x^2 &= \frac{\sum X^2}{N} - \left(\frac{\sum X}{N} \right)^2 \\
 &= \frac{29958}{10} - \left(\frac{546}{10} \right)^2 \\
 &= 94.64
 \end{aligned}$$

$$S_i^2 = \frac{\sum X_i^2}{N} - \left(\frac{\sum X_i}{N} \right)^2$$

S_i^2 ของคะแนนข้อที่ 1 คือ

$$S_i^2 = \frac{166}{10} - \left(\frac{40}{10} \right)^2 = .60$$

$$\begin{aligned}
 \alpha &= \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right] \\
 &= \frac{15}{15-1} \left[1 - \frac{4.84}{14.64} \right] \\
 &= .72
 \end{aligned}$$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
 - 1.1 สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับผู้รับบริการ
 - 1.2 แบบประเมินผลความสามารถในการบันทึก
 - 1.3 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล
 - 1.4 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งปัญหา
 - 1.5 แบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น
(สำหรับคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทั้ง 2 รูปแบบ สามารถดูได้จากอาจารย์
ที่ปรึกษา และผู้วิจัย)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด
 - 2.1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก
เชิงปริมาณและคู่มือสำหรับวิเคราะห์
 - 2.2 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก
เชิงคุณภาพและคู่มือสำหรับวิเคราะห์
 - 2.3 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาการบันทึก
 - 2.4 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึกและคู่มือสำหรับวิเคราะห์
 - 2.5 แบบสอบถามความง่ายในการบันทึก

การฝึกบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางพยาบาลที่สร้างขึ้น

คำชี้แจง ใบรคบันทึกข้อมูลที่กำหนดค่าให้ลงในแบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ ตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น อย่างครบถ้วนตามขั้นตอน

สถานการณ์จำลอง

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ น.ส.สมหญิง ทองทับ อายุ 17 ปี อาชีพ ทนาย การศึกษา ป.7 ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 12 ม. 6 ต. หนองใหญ่ อ. หนองหาร จ.อุครธานี
วันที่เข้ารับการรักษา 3 พ.ย 2533

การวินิจฉัยโรค Rheumatic Haert disease c CHF class IV

รับใหม่ จาก OPD. มาหผู้ป่วยโดยเปลนอน หนุนศีรษะด้วยหมอน 2 ใบ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 เดือนก่อนมา ร.พ. เริ่มมีไข้สูงตอนกลางคืน เหนื่อยอ่อนเพลีย ไอเล็กน้อย มาตรวจที่ ร.พ. กรุงเทพมหานคร แพทย์บอกว่าเป็นโรคหัวใจ หลังรับการรักษา อาการเหนื่อยลดลง แต่ยังคงมีไข้สูงกลางคืนเกือบทุกวัน

1 เดือนก่อนมา ร.พ. เริ่มมีปวดบวมแดงที่ข้อเท้าขวา เมื่อขยับขาก็ปวดที่ข้อเท้าขวา ต่อมาปวดบวมแดงที่ข้อเท้าซ้าย แต่ไม่มีไข้ หัวใจเต้นแรง 1 วันก่อนมา ร.พ.มีอาการอ่อนเพลียมากนอนเฉย ๆ ก็เหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม หนุนนอนหนุนหมอน 2 ใบ มารดาจึงนำส่ง ร.พ.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ตอนเด็ก ๆ เป็นไข้เจ็บคอบ่อย แต่ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรงใด ๆ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ แพ้ยาหรือสารใด ๆ และไม่เคยผ่าตัดหรือเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ประวัติสุขภาพของครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี ไม่มีโรคร้ายแรง โรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อใด ๆ

อาการแรกเริ่ม

หญิงไทยวัยรุ่น รูปร่างผอมบาง ผิวค้ำแดง ผมสั้น ใช้น้ำหนัก 46 กก. ส่วนสูง 150 ซม. อ่อนเพลีย หายใจตื่นเร็ว R = 32 /min P = 110/min T = 98.8°C BP = 110/70 mmHg นอนหลับด้วยหมอน 2 ใบ แขนขวม กตปุม ถ้ามคำตอบคำ ร้องไห้เมื่อพยาบาลบอกให้ มารดามารอข้างนอกห้อง

แบบแผนทางด้านสุขภาพ

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ บอกว่า 1 ปีที่ผ่านมา เจ็บป่วยเป็นบางครั้ง
 - เวลาเจ็บป่วยจะไปสถานเอนามัย และซื้อยากินเอง
 - ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ หรือดื่มน้ำชา กาแฟ
 - ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ ไม่เคยใช้สิ่งเสพติดใด ๆ
2. อาหารและเมตาบอลิซึม
 - รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ค่อนข้างตรงเวลา และรับประทานอาหาร

ทุกชนิด

- ดื่มน้ำวันละประมาณ 1 ขวดกลมต่อวัน
- 2 เดือนมานี้ รับประทานอาหารได้มีผลละ 5-6 คำ เพราะเบื่ออาหาร

และแน่นห้อง

3. การขับถ่ายของเสีย
 - ปกติถ่ายอุจจาระทุกเช้ามีด ไม่เคยมีปัญหาท้องผูก
 - บัสสาวะได้ตามปกติ
 - 2 เดือนมานี้ บัสสาวะยังเป็นปกติ แต่ถ่ายอุจจาระวันละ 2-3 ครั้ง

อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ต้องออกแรงเบ่ง

4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย
 - ไม่ได้ออกกำลังกาย ปกติทำงานบ้านและช่วยเหลือญาติ

- 1 เดือนมานี้ อ่อนเพลียมาก นอนเฉย ๆ ก็เหนื่อย ทำให้ทำงานบ้าน และช่วยตนเองได้น้อยมาก มารดาต้องทำงานบ้านแทนและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองทุกเรื่อง

5. การพักผ่อนนอนหลับ

- นอนตั้งแต่ 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 8.00 น.
- ปกตินอนหลับง่าย ไม่เคยต้องงั้ใช้ยานอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้

- สายตา การได้ยิน และการพูดปกติดี
- การรู้จักเวลา สถานที่ บุคคลปกติดี

7. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

- รู้สึกว่า "ตนเองไม่เอาไหน" ทำอะไรไม่ได้เอง ต้องให้คนอื่นมาช่วย
- มารดาบอกว่า "ปกติผู้ป่วยเป็นคนสนุกสนานร่าเริง อารมณ์ดีเสมอ

ชอบเที่ยวงานรื่นเริง และไปทัศนศึกษากับเพื่อน ช่วงเจ็บป่วยจะนั่งซึมอยู่ที่บ้าน ไม่ได้ไปไหนกับเพื่อน ๆ

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

- เป็นบุตรคนสุดท้องในบรรดาพี่น้อง 3 คน อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา
- สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปด้วยดี และไปมาหาสู่เพื่อนบ้านบ่อย ๆ
- รายได้ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

9. ความเครียดและการเผชิญความเครียด

- เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจในขณะนี้คือ ความเจ็บป่วยครั้งนี้
- เวลาไม่สบายใจจะปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนหรือมารดา

10. คุณค่าและความเชื่อ

- สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ คือ มารดา

11. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

- มีประจำเดือน รอบเดือนทุก 28 วัน ครั้งละประมาณ 4-5 วัน ไม่มีอาการ

ผิดปกติขณะมีประจำเดือน ยังไม่มีเพื่อนชาย

แผนการรักษาของแพทย์

1. Dichlortide 1 tab P.O. o.d.
2. Lanoxin 1 tab P.O o.d.
3. O₂ Canula 5 lit/min
4. Minipress 1 tab P.O o.d.
5. Absolute bed rest
6. Restrict Fluid 1,000 CC/day
7. Low Salt diet

ข้อมูลในขณะที่รับการรักษาใน ร.พ.

วันที่ 3 พ.ย. 33

10.00 น. ทำทางอ่อนเพลีย หน้าตาซีดเขียว ขาทั้งสองข้างบวม หายใจหอบเหนื่อย
 R = 32/min P = 108/min On O₂ Canula 5 lit/นาที และจัดให้นอนท่า high
 Fowler's pt บอกว่า รู้สึกหายใจหอบเหนื่อยน้อยลงบ้าง

15.00 น. ในเวรเช้า มารดาต้องช่วยเหลือ pt ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มารดา
 บ้วนข้าวต้มหมูได้ 1/2 ถ้วย และไอวัลติน 100 ซีซี ยังคงมีหายใจหอบเหนื่อย R อยู่ระหว่าง
 28-32/min p = 104-110/min บอกว่า ไม่รู้สึกคุ้นเคยกับการอยู่ใน ร.พ. จึงได้บอกกฎ
 และระเบียบต่าง ๆ ให้ pt ทราบ

วันที่ 4 พ.ย. 33

8-16 น. สีหน้ายังซีดเขียว อ่อนเพลีย ขาทั้งสองข้างบวม หายใจหอบเหนื่อย นอน
 ราบไม่ได้ R = 30/min P = 104/min ยัง On O₂ canula บ่นเป็นศิริชะ ง่วงนอนแต่นอน
 ไม่หลับ เพราะหวงหูเสียง Respirator ของ pt ข้างเตียง บ่นเหม็นคาวเนื้อหมู เบื่ออาหาร
 จัดมาก ชอบไปดมมากกว่า ลองให้รับประทานอาหาร สามารถรับประทานเองได้ 6-7 คำ บ่น
 เหนื่อยมากขึ้น ไม่มีแรงยกช้อน จึงเปลี่ยนมาบ้วนให้ รับประทานได้ 1/2 ถ้วย และไอวัลติน
 100 ซีซี เปลี่ยนท่าทางและทำกิจกรรมเบา ๆ ด้วยตนเองได้บ้าง บอกว่าวิตกกังวลเรื่องความ
 เจ็บป่วย หลังจากให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษาและให้กำลังใจแล้ว คู่มือหน้าของ pt แจ่มใสขึ้น

สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ (วันที่ 11 พ.ย. 2533) (10.00 น.)

น.ส.สมหญิง ทองทับ อายุ 17 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Rheumatic heart disease C CHF class IV ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แขนขาไม่บวม สีหน้าแจ่มใส บอกว่า "ดีใจจะได้กลับบ้านแล้ว" ทำกิจวัตรประจำวัน และเดินทางไปไหนมาไหนได้เองโดยไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ BP = 110/70 mmHg P = 82/min R = 24/min T = 98.6°F แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

พยาบาลได้ให้คำแนะนำให้กลับไปพักผ่อนที่บ้าน อย่าเพิ่งทำกิจกรรมที่ออกกำลังมาก ไม่ควรทำงานบ้านหรือเดินไกลเกิน 1 กม. แนะนำการรับประทานยา Dichlortide 1 tab P.O. o.d. Lanoxin 1 tab P.O. o.d Penicillin V. (4 แสนยูนิต) 1 tab P.O. เช้า-เย็น และนัดให้มาพบแพทย์ที่ OPD วันที่ 11 ธ.ค. 2533

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินผลความสามารถในการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ใน ตามความเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ใช่ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในรายการของแบบประเมินผลในการบันทึกให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ใช่ หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในรายการของแบบประเมินผลในการบันทึก ให้คะแนนเท่ากับ 0

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. การบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ		
1.1 สามารถบันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลโดย		
1.1.1 ระบุอาการสำคัญได้สั้น กระชับรัด		
1.1.2 ระบุระยะเวลาที่เกิดอาการได้ชัดเจน		
1.2 สามารถบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันโดย		
1.2.1 ระบุเวลาที่เริ่มมีอาการ และระยะเวลาที่เกิดอาการสั้น กระชับรัด		
1.2.2 ระบุลักษณะของอาการได้สั้น เข้าใจง่าย		
1.2.3 ระบุวิธีแก้ไขอาการหรือความเจ็บป่วยได้สั้น เข้าใจง่าย		
1.2.4 ระบุเหตุผลที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้ได้สั้น เข้าใจง่าย		
1.3 สามารถบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตโดย		
บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตได้ครบถ้วน		

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1.4 ความสามารถบันทึกประวัติสุขภาพของครอบครัวได้ครบถ้วน		
1.5 สามารถบันทึกสภาพของผู้รับบริการที่สังเกตเมื่อแรกรับโดย 1.5.1 บันทึกอาการและ/หรืออาการแสดงด้านร่างกาย และจิต-อารมณ์ ได้สั้น เข้าใจง่าย		
1.5.2 บันทึกผลการตรวจร่างกายเมื่อแรกรับได้ครบถ้วน		
1.6 สามารถบันทึกข้อมูลตามแบบแผนทางด้านสุขภาพโดย 1.6.1 บันทึกข้อมูลตามแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.2 บันทึกข้อมูลตามแบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร ได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.3 บันทึกตามแบบแผนการขับถ่ายของเสียได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.4 บันทึกตามแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.5 บันทึกตามแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.6 บันทึกตามแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.7 บันทึกตามแบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.8 บันทึกตามแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพได้ถูกต้อง และครบถ้วน		

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1.6.9 บันทึกตามแบบแผนความเครียดและการเผชิญ ความเครียด ได้ถูกต้องและครบถ้วน		
1.6.10 บันทึกตามแบบแผนคุณค่าและความเชื่อได้ถูกต้อง และครบถ้วน		
1.6.11 บันทึกตามแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ได้ถูกต้องและครบถ้วน		
2. การบันทึกปัญหาของผู้รับบริการ (เลือกตรวจตามรูปแบบ)		
บูรณาการพยาบาล	มุ่งปัญหา	
2.1 บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้ถูกต้องตามหลัก ของข้อวินิจฉัยการพยาบาล	2.1 บันทึกทุกอาการ อาการ แสดงและ/หรือข้อมูลด้าน จิตสังคมได้สอดคล้องกัน	
2.2 บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการ พยาบาลได้ในรูปของปัญหา/ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	2.2 บันทึกทุกข้อความของ ปัญหาในรูปของอาการ อาการแสดง และ/หรือ ข้อมูลด้านจิตสังคมได้สั้น เข้าใจง่าย	
2.3 บันทึกปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม	2.3 บันทึกปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม	
2.4 บันทึกวันที่และเวลาที่กำหนด ปัญหาของผู้รับบริการ	2.4 บันทึกวันที่และเวลาที่ กำหนดปัญหาของผู้รับบริการ	

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
<p>3. <u>การบันทึกแผนการพยาบาล</u></p> <p>3.1 บันทึกทุกกิจกรรมการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>3.2 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยระบุว่าทำกิจกรรมอะไร วิธีการปฏิบัติและเวลาได้อย่างชัดเจน (อย่างน้อย 2-3 ส่วน)</p>		
<p>4. <u>การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>4.1 บันทึกข้อความในแบบบันทึกการพยาบาล ในรูปของข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ/การพยาบาล ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>4.2 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการในแบบบันทึกการพยาบาล ได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>4.3 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p> <p>4.4 บันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>4.5 บันทึกการประเมินผลการพยาบาลโดยสรุป (เลือกตรวจตามรูปแบบ)</p>		

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
8. แก้ไขข้อมูลที่บันทึกผิด โดยขีดข้อความที่ผิด แล้วเขียนช่อก่อนจะเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป		
9. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัด และขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่าง		



 ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มุ่งบูรณาการกระบวนการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มุ่งบูรณาการกระบวนการพยาบาล จะมีกระบวนการของการบันทึกตั้งแต่วันแรกที่รับผู้รับบริการ เข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการในแบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ ดังมีรายละเอียดของกระบวนการของการบันทึกเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อรับผู้รับบริการใหม่ มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินผู้รับบริการดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เช่น วัดสัญญาณชีพ สังเกต ตามแนวการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน แล้วลงบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ หากรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้รับบริการยังไม่ครบถ้วนต้องส่งเวรฯให้เวรต่อไปรวบรวมเพิ่มเติม

1.2 เขียนปัญหาของผู้รับบริการในรูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างน้อย 1 ข้อ ลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และเขียนเพิ่มเติมในเวรต่อไป นอกจากนี้ต้องลงวันที่และเวลาที่ค้นพบปัญหาพร้อมเขียนชื่อกำกับ

2. เขียนวัตถุประสงค์การพยาบาลและแผนการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาล ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลให้ชัดเจนว่าจะทำกิจกรรมอะไร อย่างไร และเมื่อไร

หมายเหตุ การลงบันทึกในขั้นที่ 1 และ 2 ยึดหลักปฏิบัติดังนี้

- ก. รวบรวมข้อมูลและลงบันทึกในแบบบันทึกทันทีหรือภายหลังเสร็จสิ้นขั้นตอนของการรับผู้รับบริการใหม่แล้ว
- ข. กรณีไม่สามารถลงบันทึกได้ตามข้อ ก. อาจบันทึกภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลไปแล้ว หรือเมื่อมีเวลาว่างก็ได้

3. หลังจากให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้องเขียนประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบของ "DAE" (Data-Action-Evaluation) ลงในแบบบันทึกการพยาบาล โดยอาจบันทึกทันทีหลังปฏิบัติการพยาบาล หรือเมื่อมีเวลาว่างและการบันทึกต้องคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยดังนี้

3.1 ผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงบ่อยครั้ง พยาบาลจะต้องเขียนบันทึกการพยาบาลเป็นระยะ ๆ และลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไป พร้อมทั้งเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง หรือ

3.2 ผู้รับบริการที่มีอาการและอาการแสดงค่อนข้างคงที่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย พยาบาลจะเขียนบันทึกการพยาบาลเพียงแฉะละ 1 ครั้ง โดยลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาล ตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไป แล้วเซ็นชื่อกำกับไว้

4. ในเวรเช้าของแต่ละวัน หัวหน้าทีมแต่ละทีมจะประเมินผลการพยาบาลว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขแล้ว และ/หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลเมื่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร โดยบันทึกภายหลังปฏิบัติการพยาบาล หรือเมื่อมีเวลาว่าง โดยมีแนวทางการบันทึกดังนี้

4.1 ในกรณีปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนเล็กน้อย (แต่ไม่เป็นปัญหาใหม่)
(เลือกบันทึกตามเหตุการณ์)

ก. ปรับหรือเพิ่มเติมแผนการพยาบาล

ศูนย์วิทยุตำรวจ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกแผนการพยาบาล

วิธีการบันทึก

ช่องของการประเมินผล

1. ลงวันและเวลา

2. เขียนข้อมูลการประเมินผลในรูปของอาการ

อาการแสดงและ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคม

ของผู้รับบริการที่บ่งชี้ว่าปัญหาที่มีอยู่ไม่

เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนไปเล็กน้อย

3. ต่อด้วยข้อความเช่น "ต้องเพิ่มเติมแผน"

4. เช็นชื่อกำกับ

ช่องของวันเดือนปี/เวลา

5. ลงวันและเวลา

ช่องของชื่อวินิจฉัยการพยาบาลและ
กิจกรรมการพยาบาล

6. นำชื่อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

เดิมมาบันทึกต่อจากชื่อวินิจฉัยการพยาบาลและ

แผนการพยาบาลอื่น ๆ

7. ปรับหรือเพิ่มเติมแผนการพยาบาล อาจปรับ

เปลี่ยนลำดับของกิจกรรมการพยาบาลได้ตาม

ความเหมาะสม

ศูนย์วิทยุตำรวจ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการบันทึก

วคป./ เวลา	ชื่อวินิจฉัย การพยาบาล	วัตถุประสงค์ การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดแผล เกือบตลอดเวลา	พักผ่อนได้ เพียงพอ นาน 6 ชม.	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เงียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. ยังคงปวด แผล หลังได้รับ ยาแก้ปวด พัก หลับได้บ้างเป็น บางช่วง และ ต้องการเพิ่ม เติมแผน นารี
11.00 น.	มีไข้เนื่องจากมีการ ติดเชื้อในระบบทาง เดินปัสสาวะ	.....	1. 2. ....	..... .....
10 ต.ค.33 14.00 น.	พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดแผล เกือบตลอดเวลา		1. 2. 3. วางแผนการพยาบาลกับ ผู้ร่วมงานให้การพยาบาล โดยรบกวน pt น้อยที่สุด	

ข. ไม่รับหรือเพิ่มเติมแผนการพยาบาล

แบบบันทึกแผนการพยาบาล

วิธีการบันทึก

ช่องของประเมินผลการพยาบาล

1. ลงวันและเวลา

2. เขียนข้อมูลการประเมินผลในรูปของอาการ
และอาการแสดงของผู้รับบริการที่บ่งชี้ว่า
ปัญหาที่มีอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง

3. ต่อด้วยข้อความว่า "ใช้แผนเดิมต่อไป"

4. เซ็นชื่อกำกับ

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วคป./ เวลา	ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	วัตถุประสงค์ การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	พักนอนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดแผล เกือบตลอดเวลา	พักนอนได้ เพียงพอ นาน 6 ชม.	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เ็นียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. ยังคงบ่นปวด แผล หลังได้รับ ยาแก้ปวด พัก หลับได้บ้างเป็น บางช่วง และ นารีใช้แผนเดิม ต่อไป
11.00 น.	มีไข้เนื่องจากมีการ ติดเชื้อในระบบทาง เดินปัสสาวะ	.....	1. 2. ....	..... ..... นารี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 ปัญหาเดิมเปลี่ยนไปเป็นปัญหาใหม่

แบบบันทึกแผนการพยาบาล	วิธีการบันทึก
ช่องของประเมินผลการพยาบาล	1. ลงวันและเวลา 2. เขียนข้อมูลการประเมินผลในรูปของอาการ อาการแสดงและ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคม ของผู้รับบริการที่บ่งชี้ว่าปัญหาที่มีอยู่เปลี่ยนแปลง ไปเป็นปัญหาใหม่ 3. เช็นชื่อกำกับ
ช่องของวันเดือนปี/เวลา	4. ลงวันและเวลา
ช่องของข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล	5. เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่และวางแผน การพยาบาลต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการบันทึก

วคป./ เวลา	ชื่อวินิจฉัย การพยาบาล	วัตถุประสงค์ การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดแผล เกือบตลอดเวลา	พักผ่อนได้ เพียงพอ นาน 6 ชม.	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เจียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. ยังคงบ่นปวด แผล เล็กน้อย ไม่ต้องการยา แก้ปวด แต่ยง นอนไม่ค่อยหลับ เพราะกังวล เรื่องค่าใช้จ่าย ในการรักษา นารี
11.00 น.	มีไข้เนื่องจากมีการ ติดเชื้อในระบบทาง เดินปัสสาวะ	.....	1. 2. ....	..... .....
10 ต.ค. 33 14.00 น.	นอนไม่หลับเนื่องจาก วิตกกังวลเรื่อง ค่าใช้จ่าย	นอนหลับได้ และวิตก- กังวลน้อยลง	1. หาเวลาเข้าไปพูดคุยกับ pt. เกี่ยวกับความวิตกกังวล อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 2. 3.	

4.3 ในกรณีปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว

แบบบันทึกแผนการพยาบาลในช่องของการประเมินผล

1. ลงวันและเวลา
2. เขียนข้อมูลการประเมินผลในรูปของอาการ อาการแสดงและ/หรือ

ข้อมูลด้านจิตสังคม ผู้รับบริการที่บ่งชี้ว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว

3. ต่อด้วยข้อความ เช่น "แผนยุติได้"
4. เช็นชื่อกำกับ

ตัวอย่างการบันทึก

วคป./ เวลา	ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	วัตถุประสงค์ การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	พักอ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดแผล เกือบตลอดเวลา	พักอ่อนได้ เพียงพอ นาน 6 ชม.	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เงียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. ไม่บ่นปวดแผล เลย หน้าตา แจ่มใสเมื่อคืน พักหลับได้ตลอด คืน แผนยุติได้ นารี

5. นำแบบบันทึกต่าง ๆ คือ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาลเก็บไว้ในแฟ้มบันทึกรายงานผู้รับบริการที่ใช้อยู่เดิม และเก็บแบบบันทึกต่าง ๆ ในลักษณะดังนี้

5.1 เรียงแบบบันทึก 3 ประเภทต่อไปนี้ จากบนลงล่าง ได้แก่ แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกแผนการพยาบาลครั้งล่าสุด และแบบประเมินผู้รับบริการ

5.2 เรียงแบบบันทึกการพยาบาลของวันก่อน ๆ ต่อจากข้อ 5.1 โดยเรียงตามลำดับวันที่ได้บันทึก ตั้งแต่วันแรกรับขึ้นมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงวันก่อนวันที่บันทึกในปัจจุบัน

5.3 เรียงบันทึกแบบการพยาบาลต่อท้ายแบบบันทึกการพยาบาล และมีวิธีการเรียงเหมือนข้อ 5.2

6. หัวหน้าทีมตรวจสอบแบบบันทึกทุกแบบบันทึก และทุกเวร เพื่อให้มีการบันทึกทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่มีการรับผู้รับบริการใหม่ช่วงปลายเวร และบันทึกในแบบบันทึกต่าง ๆ ไม่ครบตามกระบวนการ จะส่งเวรให้เวรต่อไปรวบรวมข้อมูล และบันทึกเพิ่มเติมในแบบบันทึกส่วนที่เหลือ
2. ในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการบันทึกในเรื่องใด พยาบาลสามารถอ่านแนวทางการบันทึก ซึ่งอยู่ด้านหลังของแบบบันทึกได้ทันที หรืออ่านจากคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล

7. ในวันที่เจ้าหน้าที่ผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องบันทึกสรุปการจำหน่ายในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการให้ครบถ้วน และเซ็นชื่อกลับ พร้อมลงวัน-เวลา แล้วเรียงแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการไว้ด้านบนของแบบบันทึกการพยาบาลครั้งล่าสุด

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งปัญหา

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งปัญหา จะมีกระบวนการของการบันทึกตั้งแต่วันแรกที่รับผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการในแบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ

1. เมื่อรับผู้รับบริการใหม่ มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินผู้รับบริการดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เช่น วัดสัญญาณชีพ สังเกต ตามแนวการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน แล้วลงบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ หากรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผู้รับบริการยังไม่ครบถ้วนต้องส่งเวรต่อไปรวบรวมเพิ่มเติม

1.2 เขียนปัญหาของผู้รับบริการในรูปของอาการ อาการแสดงและ/หรือข้อมูลทางจิตสังคมอย่างน้อย 1 ปัญหาลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และเขียนเพิ่มเติมในเวรต่อไป นอกจากนี้ต้องลงวันที่และเวลาที่ค้นพบปัญหา พร้อมเซ็นชื่อกำกับ

2. เขียนแผนการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล ให้ชัดเจนว่าจะทำกิจกรรมอะไร อย่างไร และเมื่อไร

หมายเหตุ การลงบันทึกในขั้นที่ 1 และ 2 ยึดหลักปฏิบัติดังนี้

- ก. รวบรวมข้อมูลและลงบันทึกในแบบบันทึกทันทีหรือภายหลังเสร็จสิ้นขั้นตอนของการรับผู้รับบริการใหม่แล้ว
- ข. กรณีไม่สามารถลงบันทึกได้ตามข้อ ก. อาจบันทึกภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลไปแล้ว หรือเมื่อมีเวลาว่างก็ได้

3. หลังจากให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้องเขียนการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบของ "DAE" (Data-Action-Evaluation) ลงในแบบบันทึกการพยาบาล โดยอาจบันทึกทันทีหลังปฏิบัติการพยาบาล หรือเมื่อมีเวลาว่างและการบันทึกต้องคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยดังนี้

3.1 ผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงบ่อยครั้ง พยาบาลจะต้องเขียนบันทึกการพยาบาลเป็นระยะ ๆ และลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไป พร้อมทั้งเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง หรือ

3.2 ผู้รับบริการที่มีอาการค่อนข้างคงที่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย พยาบาลจะเขียนบันทึกการพยาบาลเพียงแหวะละ 1 ครั้ง โดยลงเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาล ตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไป แล้วเซ็นชื่อกำกับไว้

4. ในแหวะเช้าของแต่ละวัน หัวหน้าทีมแต่ละทีมจะประเมินผลการพยาบาลว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขแล้ว และ/หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลเมื่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร โดยบันทึกภายหลังปฏิบัติการพยาบาลหรือเมื่อมีเวลาว่าง โดยมีแนวทางการบันทึกดังนี้

4.1 ในกรณีปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (แต่ไม่เป็นปัญหาใหม่)
(เลือกบันทึกตามเหตุการณ์)

ก. ปรับหรือต้องการเพิ่มเติมแผนการพยาบาล

แบบบันทึกแผนการพยาบาล	วิธีการบันทึก
ช่องของประเมินผลการพยาบาล	1. ลงวันแหวะเวลา 2. เขียนคำว่า "Same" 3. เซ็นชื่อกำกับ
ช่องของวันเดือนปี/เวลา	4. ลงวันแหวะเวลา
ช่องของปัญหาของผู้รับบริการและ กิจกรรมการพยาบาล	5. นำปัญหาและแผนการพยาบาลเดิมมาบันทึก ต่อจากปัญหาและแผนการพยาบาลอื่น ๆ 6. ปรับหรือเพิ่มเติมแผนการพยาบาล อาจปรับเปลี่ยนลำดับของกิจกรรมการพยาบาลได้ตาม ความเหมาะสม

ตัวอย่างการบันทึก

วคป./ เวลา	ปัญหาของผู้รับบริการ	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	สีหน้าอิดโรย บ่นนอนไม่พอ และปวดแผลเกือบตลอดเวลา	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เงียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. same นารี
11.00 น.	มีไข้ T = 40° C P = 90/min R = 28/min	1. 2.	
10 ต.ค. 33 14.00 น.	สีหน้าอิดโรย บ่นนอนไม่พอ และปวดแผลเกือบตลอดเวลา	1. 2. 3. วางแผนการพยาบาลกับ ผู้ร่วมงาน เกี่ยวกับการพยาบาล โดยรบกวน pt น้อยที่สุด	

ข. ไม่ปรับหรือเพิ่มเติมแผนการพยาบาล

แบบบันทึกแผนการพยาบาล

วิธีการบันทึก

ช่องของประเมินผลการพยาบาล

1. ลงวันและเวลา

2. เขียนคำว่า "Same"

3. เช็นชื่อกำกับ

ตัวอย่างการบันทึก

วคป./ เวลา	ปัญหาของผู้รับบริการ	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	สีหน้าอิศวรย บ่นนอนไม่พอ และปวดแผลเกือบตลอดเวลา	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เงียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. same นาสี
11.00 น.	มีไข้ T = 40° C P = 90/min R = 28/min	1. 2.	

4.2 ปัญหาเดิมเปลี่ยนไปเป็นปัญหาใหม่

แบบบันทึกแผนการพยาบาล	วิธีการบันทึก
ช่วงของประเมินผลการพยาบาล	1. ลงวันและเวลา 2. เขียนคำว่า "OFF" 3. เซ็นชื่อ
ช่องของวันเดือนปี/เวลา	4. ลงวันและเวลา
ช่องของปัญหาของผู้รับบริการและ กิจกรรมการพยาบาล	5. เขียนปัญหาใหม่และวางแผนการพยาบาล ต่อไป

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการบันทึก

วคป./ เวลา	ปัญหาของผู้รับบริการ	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	สีหน้าอิคโรย บ่นนอนไม่พอ และปวดแผลเกือบตลอดเวลา	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เจียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. off นารี
11.00 น.	มีไข้ T = 40° C P = 90/min R = 28/min	1. 2.	
10 ต.ค. 33 14.00 น.	วิตกกังวลนอนไม่หลับ	1. หาเวลาเข้าไปพูดคุย กับ pt เกี่ยวกับความวิตกกังวล อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้ร่วมงาน เกี่ยวกับการพยาบาล 2. 3.	

4.3 ในกรณีปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว

แบบบันทึกแผนการพยาบาลในช่องของประเมินผลการพยาบาล

1. ลงวันและเวลา
2. เขียนคำว่า "OFF"
3. เช็นชื่อ

วคป./ เวลา	ปัญหาของผู้รับบริการ	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล การพยาบาล
9 ต.ค. 33 10.00 น.	สีหน้าอิดโรย บ่นนอนไม่พอ และปวดแผลเกือบตลอดเวลา	1. จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เจียบสงบ และสะอาดตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับ Paracetamol (500 mg) 2 tab P.O. p.r.n. for pain q 4-6 h	10 ต.ค. 33 14.00 น. off นารี

5. นำแบบบันทึกต่าง ๆ คือ แบบประเมินผู้รับบริการ แบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาลเก็บไว้ในแฟ้มบันทึกรายงานผู้รับบริการที่ใช้อยู่เดิม และเก็บแบบบันทึกต่าง ๆ ในลักษณะดังนี้

5.1 เรียงแบบบันทึก 3 ประเภทต่อไปนี้ จากบนลงล่าง ได้แก่ แบบบันทึกการพยาบาลและแบบบันทึกแผนการพยาบาลครั้งล่าสุด และแบบประเมินผู้รับบริการ

5.2 เรียงแบบบันทึกการพยาบาลของวันก่อน ๆ ตามจากข้อ 5.1 โดยเรียงตามลำดับวันที่ได้บันทึกตั้งแต่วันแรกขึ้นมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงวันก่อนวันที่บันทึกในปัจจุบัน

5.3 เรียงแบบบันทึกแผนการพยาบาลต่อท้ายแบบบันทึกการพยาบาล และมีวิธีการเรียงเหมือนกับข้อ 5.2

6. หัวหน้าทีมตรวจสอบแบบบันทึกทุกแบบบันทึก และทุกเวร เพื่อให้มีการบันทึกทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่มีการรับผู้รับบริการใหม่ช่วงปลายเวร และบันทึกในแบบบันทึกต่าง ๆ ไม่ครบตามกระบวนการ จะส่งเวรให้เวรต่อไปรวบรวมข้อมูล และบันทึกเพิ่มเติมในแบบบันทึกส่วนที่เหลือ

2. ในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการบันทึกในเรื่องใด พยาบาลสามารถอ่านแนวทางการบันทึก ซึ่งอยู่ด้านหลังของแบบบันทึกได้ทันที หรืออ่านจากคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งปัญหา

7. ในวันที่เจ้าหน้าที่ผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องบันทึกสรุปการจำหน่ายในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการให้ครบถ้วนและเซ็นชื่อ พร้อมลงวัน-เวลา แล้วเรียงแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการไว้ด้านบนของแบบบันทึกการพยาบาลครั้งล่าสุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน แบบประเมินผู้รับบริการ (Assessment Form)

ชื่อ-สกุล การศึกษา

อาการสำคัญที่มา ร.พ. (อาการสำคัญ/ระยะเวลา)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (เริ่มมีอาการ/ลักษณะอาการ/ระยะเวลา/วิธีแก้ไข/เหตุผลที่มา ร.พ.)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

การเจ็บป่วย () เบาหวาน () ความดันเลือดสูง

() โรคหัวใจ () อื่น ๆ ระบุ

อุบัติเหตุ () ไม่เคย () เคย ระบุ

การแพ้ยา/อาหาร/สารใด ๆ () ไม่มี () มี ระบุ

การผ่าตัด () ไม่เคย () เคย ระบุ

ประวัติสุขภาพของครอบครัว

โรคทางพันธุกรรม () ไม่มี () มีระบุผู้เป็น () ธาลัสซีเมีย

() อื่น ๆ ระบุ

โรคติดต่อ () ไม่มี () มี ระบุผู้เป็น () วัณโรค () ตับอักเสบชนิดบี

() อื่น ๆ ระบุ

โรคร้ายแรง () ไม่มี () มี ระบุผู้เป็น () เบาหวาน () ความดันเลือดสูง

() อื่น ๆ ระบุ

อาการและอาการแสดงของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ (สภาพทั่วไปด้านร่างกาย จิต-อารมณ์)

BP mmHg T..... °F P...../min R...../min Ht cms Wt....kgs

ประวัติทางการแพทย์

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

(เช่น เป็นหวัดบ่อย แข็งแรงดี)

บุหรื () ไม่สูบ () สูบ จำนวน.....มวน/วัน

ชา/กาแฟ () ไม่ดื่ม () ดื่ม จำนวน.....ถ้วย/วัน

สุรา () ไม่ดื่ม () ดื่ม จำนวน.....วัน/สัปดาห์

ยาที่ใช้ประจำ () ไม่มี () มี ระบุ.....

ยาหรือสิ่งเสพติด () ไม่มี () มี ระบุ.....

การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย () ซ้ำซากเอง () ไปคลินิก () ไปโรงพยาบาล

() อื่น ๆ ระบุ

2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารวันละ.....มื้อ

() ตรงเวลา () ไม่ตรงเวลา เพราะ

อาหารที่ไม่รับประทาน ระบุ.....

เพราะ

ดื่มน้ำ (รวมเครื่องดื่ม) ปริมาณ.....วัน

อาการผิดปกติในปัจจุบัน (เช่น ท้องอืด กลืนลำบาก)

() ไม่มี () มี ระบุ.....

สังเกต (สี ความขุ่นข้น แผลหรือริวรอย)

ผิวหนัง () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

ปาก/เยื่อปาก () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

3. การขยับตัวของเส้น

ปลีสำมะ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

ปกติถ่ายอุจจาระ.....วัน/ครั้ง

ปัญหาในการถ่ายอุจจาระ () ไม่มี () มี ระบุ.....

.....

4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ปัจจุบันปฏิบัติตามกิจกรรมประจำวันตามปกติ () ได้ () ไม่ได้

ระบุกิจกรรมที่ทำไม่ได้.....

เพราะ.....

ออกกำลังกาย () ทุกวัน () นาน ๆ ครั้ง () ไม่ออกกำลังกายเลย

เพราะ.....

อาการผิดปกติที่ปรากฏเมื่อออกกำลังกายในปัจจุบัน (เช่น เป็นลม หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก)

() ไม่มี () มี ระบุ.....

5. การพักผ่อนนอนหลับ นอนวันละ.....ชั่วโมง ปัญหาการนอน () ไม่มี

() มี ระบุ.....

วิธีแก้ไขปัญหการนอน คือ.....

สังเกต อาการและอาการแสดงของการนอนไม่เพียงพอ

(เช่น คาบรือ หาวบ่อย ๆ หน้าตาซีดเซียว) ระบุ.....

.....

6. สติปัญญาและการรับรู้

สายตา () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

การได้ยิน () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

การพูด () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

การรู้จักเวลา สถานที่ บุคคล () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

.....

ความรู้สึก () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

7. การรับรู้ตนเอง

คิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร (เช่น คุยเก่ง เร็ว ๆ) ระบุ.....

.....

ปกติมีอาการ (เช่น กังวลง่าย) ระบุ.....

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

บทบาท () หัวหน้าครอบครัว () อื่น ๆ ระบุ.....

สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว/ญาติ

(เช่น รักใคร่กันดี) ระบุ.....

สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน (เช่น เข้ากับเพื่อนได้) ระบุ.....

.....

บุคคลที่พึ่งพาท่าน () ไม่มี () มี ระบุ.....คน

รายได้เพียงพอค่าใช้จ่าย () ใช่ () ไม่ใช่

สังเกต มีสัมพันธกับสมาชิกในครอบครัว/ญาติ

() ดี () ไม่ดี ระบุ.....

มีสัมพันธกับบุคคลอื่น () ดี () ไม่ดี ระบุ.....

.....

9. ความเครียดและการเผชิญความเครียด

สิ่งที่ทำให้เครียด/ไม่สบายใจในปัจจุบัน ระบุ.....

วิธีแก้ไขความเครียด/ไม่สบายใจที่เคยใช้ (เช่น ปรึกษา เล่นกีฬา)

ระบุ.....

10. คุณค่าและความเชื่อ

สิ่งที่เป็นที่พึ่งทางใจ/นับถือบูชา ระบุ.....

11. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

ประจำเดือนรอบละ.....วัน นานครั้งละ.....วัน

ตั้งครรภ์ครั้งที่.....การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา () ปกติ () ผิดปกติ

ระบุ.....

คลอดครั้งที่.....การคลอดที่ผ่านมา () ปกติ () ผิดปกติ

ระบุ.....

ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา () ไม่มี () มี ระบุ.....

.....

.....

แนวทางการบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาล

1. เขียนข้อมูลต่าง ๆ อย่างสั้น เข้าใจง่าย ถูกต้อง และ ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล
2. เขียนผิดห้ามลบ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ผิด แล้วเซ็นชื่อก่อนเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
3. เขียนรายละเอียดของปัญหาของผู้รับบริการ และกิจกรรมการพยาบาล
ภายหลังปฏิบัติการพยาบาล หรือ เมื่อมีเวลาว่าง (ยกเว้นการเขียนประเมินผล
ดูรายละเอียดในข้อ 6)
4. การเขียนปัญหาของผู้รับบริการเป็นอาการ อาการแสดง และ/หรือข้อมูลทางจิตสังคม
: เขียนอาการ อาการแสดง และ/หรือข้อมูลทางจิตสังคม อย่างน้อย 1 ปัญหา
เมื่อแรกรับผู้รับบริการ และเขียนเพิ่มเติมในเวรต่อไป

ตัวอย่าง : ปวดแผลผ่าตัดมาก (อาการ)
มีไข้ T = 40°C (อาการแสดง)
เบื่อหน่าย อยากกลับบ้าน (ข้อมูลด้านจิตสังคม)

5. การเขียนกิจกรรมการพยาบาล โดยระบุว่า ทำอะไร/อย่างไร/เมื่อไร

ตัวอย่าง : - dry dressing แผลผ่าตัด ด้วย b.i.d.(9, 18)
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและสะอาดตลอดเวลา

6. การเขียนประเมินผลการพยาบาล

: ในเวรเช้าแต่ละวัน หัวหน้าทีมเป็นผู้ประเมินผลการพยาบาลดังนี้ ตามแต่กรณี

- 6.1 ปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง หรือ เปลี่ยนเล็กน้อย (แต่ไม่เป็นปัญหาใหม่)

(เลือกบันทึกตามเหตุการณ์)

ก. ปรับหรือเพิ่มเติมแผน : ลงวัน-เวลา เขียนคำว่า "same"

..... เซ็นชื่อ นำปัญหาและแผนมาเขียนใหม่

(ปรับเปลี่ยนลำดับของกิจกรรมได้)

ข. ไม่ปรับหรือเพิ่มเติมแผน : ลงวัน-เวลา เขียนคำว่า "same"

..... เซ็นชื่อ

- 6.2 ปัญหาเปลี่ยนไปเป็นปัญหาใหม่ : ลงวัน-เวลา เขียนคำว่า

"off" เซ็นชื่อ เขียนปัญหาและวางแผนใหม่

- 6.3 ปัญหาได้รับการแก้ไข : ลงวัน-เวลา เขียนคำว่า "off"

..... เซ็นชื่อ

แนวทางการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล

1. เขียนข้อมูลอย่างสั้น เข้าใจง่าย ถูกต้อง และใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์สากล
2. เขียนผิดห้ามลบ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ผิด แล้วเขียนชื่อก่อนเขียนข้อความที่ถูกต้องต่อไป
3. บันทึกข้อมูลตามลำดับ ไม่ข้ามบรรทัด และขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นบริเวณที่เป็นช่องว่าง
4. ขั้นตอนการลงบันทึก
 - 4.1 ลง วดป-เวลา ที่ค้นพบปัญหาและปฏิบัติการพยาบาลจริง และบันทึกข้อมูลต่อไปนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้บริการ	การพยาบาล	ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
- อาการ อารมณ์แสดง - ข้อมูลทางจิตสังคม	กิจกรรมการพยาบาล ที่ปฏิบัติจริง	ประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการ ที่เปลี่ยนไปภายหลังได้รับการ การพยาบาล

- 4.2 สิ่งที่ไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ในระยะเวลาอันสั้นละ เว้น
การประเมินผลได้ แต่ต้องเขียนว่า ติดตามผลต่อไป
- 4.3 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
 - 4.3.1 หากผู้รับบริการมีปัญหาค่อนข้างคงที่ จะบันทึกการพยาบาลเพียงเฉพาะ
1 ครั้ง โดยลง วดป เวลาที่ค้นพบปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลจริง แล้วเขียนชื่อ
 - 4.3.2 หากผู้รับบริการมีปัญหาเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง จะบันทึกการพยาบาลเป็น
ระยะ ๆ ลงเวลาที่ค้นพบปัญหาและปฏิบัติการพยาบาลจริง แล้วเขียนชื่อ
- 4.4 ลงชื่อในช่องของประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
5. บันทึกข้อมูลต่าง ๆ หลังปฏิบัติการพยาบาล หรือ เมื่อมีเวลาว่าง

ตัวอย่างการบันทึก

วดป/เวลา	ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ	การพยาบาล	ประเมินผล
9 ต.ค. 33 14.00 น.	บ่นปวดเอวและหลังมาก หน้านี้ว้าววมวด	จัดท่านอนให้ใหม่ และให้ paracetamol 2 tab p.o. _____	หลังให้ยา 30 นาที สีหน้าแจ่มใส อาการปวดหาย ไป _____ นาที

แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ (Discharge summary form)

ชื่อ-สกุล การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....

วันที่เข้ารับการรักษาใน ร.พ.วันที่จำหน่าย.....รวมเวลาพักรักษา.....

อาการสำคัญที่มา ร.พ. (อาการสำคัญ/ระยะเวลา).....

ประเภทของการจำหน่าย

() แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เพราะ () อาการทุเลา () ผู้รับบริการต้องการ

() ย้ายไป ร.พ.

() ถึงแก่กรรม

() อื่น ๆ

สภาพของผู้รับบริการก่อนการจำหน่าย (ร่างกาย จิต-อารมณ์) ระบุ.....

BP mmHg T..... °F p...../min R...../min

คำแนะนำก่อนการจำหน่าย เรื่อง

() การรับประทานยา (ชื่อยา วิธีรับประทานยา)

1.

2.

3.

4.

5.

() การปฏิบัติตน (บอกวิธีและระยะเวลาในการปฏิบัติ)

() การออกกำลังกาย

() กิจกรรมประจำวัน

() อาหาร/น้ำ

() อื่น ๆ

() การมาพบแพทย์ตามนัด (วคป-เวลา)

() อาการผิดปกติที่สำคัญที่ควรมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด

ลงชื่อพยาบาล.....วคป.....เวลา.....น.

แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกเชิงปริมาณ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงใน ตามความเป็นจริงโดยผู้ผู้มีวิเคราะห์
ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกเชิงปริมาณเป็นแนวทางในการตรวจสอบ

ขั้นตอนของ กระบวนการของการบันทึก	บันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่		มี 1
	บูรณาการกระบวนการพยาบาล	มุ่งปัญหา	
1. การประเมินผู้รับบริการ			
1.1 รวบรวมข้อมูลเมื่อแรกรับ			
1.1.1 สัมภาษณ์ผู้รับบริการ	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือญาติ	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ	
1.1.2 สังเกตและ/หรือตรวจร่างกายโดยพยาบาล	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ/หรือตรวจร่างกายของพยาบาล	มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ/หรือตรวจร่างกายของพยาบาล	
1.2 กำหนดปัญหาของผู้รับบริการ			
1.2.1 กำหนดปัญหาของผู้รับบริการเมื่อแรกรับบริการเมื่อแรกรับ	มีบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปแบบของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล ตั้งแต่วันที่แรกรับผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาล	มีบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปแบบของอาการ อาการแสดง และ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคมในแบบบันทึกแผนการพยาบาล ตั้งแต่วันที่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล	
1.2.2 กำหนดปัญหาของผู้รับบริการในวันต่อมา	มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลในวันต่อ ๆ มา ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล	มีบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในวันต่อ ๆ มา ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล	

ขั้นตอนของ กระบวนการของการบันทึก	บันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่		มี 1
	บูรณาการกระบวนการพยาบาล	มุ่งปัญหา	
2. การวางแผนการพยาบาล 2.1 กำหนดวัตถุประสงค์การ พยาบาล	มีบันทึกวัตถุประสงค์การพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ		
2.2 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อ วินิจฉัยการพยาบาล	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุก ปัญหาของผู้รับบริการ	
2.3 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ได้อย่างครอบคลุม 2.3.1 ด้านร่างกาย	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สนองความต้องการด้าน ร่างกาย	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สนอง ความต้องการด้านร่างกาย	
2.3.2 ด้านจิต-อารมณ์	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สนองความต้องการด้านจิต- อารมณ์	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สนองความต้องการด้านจิต- อารมณ์	
2.3.3 ด้านสังคม	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สนองความต้องการด้านสังคม	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สนองความต้องการด้านสังคม	
2.4 ติดตามตรวจสอบกิจกรรม การพยาบาลได้	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สามารถติดตามตรวจสอบได้	มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ สามารถติดตาม (ตรวจสอบ) ได้	

ขั้นตอนของ กระบวนการของการบันทึก	บันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่		1
	บูรณาการกระบวนการพยาบาล	มุ่งปัญหา	
3. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 3.1 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	มีบันทึกแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ในแบบบันทึกแผนการพยาบาล	มีบันทึกแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ในแบบบันทึกแผนการพยาบาล	
3.2 มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกปัญหาของผู้รับบริการ	มีบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้วทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล	มีบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้วทุกอาการอาการแสดงและ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคมที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ	
3.3 ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล	มีบันทึกที่แสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ในข้อ 2 ได้ปฏิบัติจริงเป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)	มีบันทึกที่แสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ในข้อ 2 ได้ปฏิบัติจริงเป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)	
3.4 ปฏิบัติการพยาบาลที่ระบุแสดงความแน่ชัดในการปฏิบัติ	มีบันทึกที่แสดงว่า ได้มีการปฏิบัติการพยาบาลเกิดขึ้นจริงอย่างแน่ชัด โดยระบุเวลา การกระทำที่ชัดเจน และติดตามตรวจสอบได้ (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	มีบันทึกที่แสดงว่า ได้มีการปฏิบัติการพยาบาลเกิดขึ้นจริงอย่างแน่ชัด โดยระบุเวลา การกระทำที่ชัดเจน และติดตามตรวจสอบได้ (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	

ขั้นตอนของ กระบวนการของการบันทึก	บันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่		รูป 1
	บูรณาการกระบวนการพยาบาล	มุ่งปัญหา	
4. การประเมินผลการพยาบาล			
4.1 รวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	มีบันทึกแสดงถึงการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผลการพยาบาล (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	มีบันทึกแสดงถึงการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผลการพยาบาล (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	
4.2 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	มีบันทึกแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาล (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	มีบันทึกแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาล (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	
4.3 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลทุกปัญหาของผู้รับบริการ	มีบันทึกแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลทุกปัญหาของผู้รับบริการ	มีบันทึกแสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลทุกปัญหาของผู้รับบริการ	
4.4 สรุปการประเมินผลการพยาบาล	มีบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่ประเมินผลการพยาบาลโดยรวมที่แสดงว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้รับการแก้ไขแล้วหรือปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปลี่ยนไป (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	มีบันทึกในแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่ประเมินผลการพยาบาลโดยรวมที่แสดงว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขหรือได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่เมื่อปัญหาของผู้รับบริการเปลี่ยนไป (มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน)	

ขั้นตอนของ กระบวนการของการบันทึก	บันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่		มี 1
	บูรณาการกระบวนการพยาบาล	มุ่งปัญหา	
5. <u>สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ</u>			
5.1 <u>สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ</u>	มีบันทึกแสดงถึงสภาพของผู้รับ บริการก่อนจำหน่ายหรือสัญญาณชีพ หรือประเภทของการ จำหน่ายผู้รับบริการ	มีบันทึกแสดงถึงสภาพของผู้รับ บริการก่อนจำหน่ายหรือสัญญาณชีพ ประเภทของการ จำหน่ายผู้รับบริการ	
5.2 <u>แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้รับ บริการภายหลังออกจากโรงพยาบาล</u>	มีบันทึกที่แสดงว่า พยาบาลได้ให้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการเพื่อนำไป ปฏิบัติตามได้ตามแผนการรักษา พยาบาลภายหลังการจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	มีบันทึกที่แสดงว่า พยาบาลได้ให้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการเพื่อนำไป ปฏิบัติตามได้ตามแผนการรักษา พยาบาลภายหลังการจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกเชิงปริมาณ

ขั้นตอนของกระบวนการของการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์ ตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น ซึ่งจะให้คะแนนได้ว่า "มีการบันทึก เท่ากับ 1" จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้

1. การประเมินผู้รับบริการ

1.1 รวบรวมข้อมูลเมื่อแรกเริ่ม

1.1.1 สัมภาษณ์ผู้รับบริการ

หมายถึง มีการบันทึกถึงข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้รับบริการหรือญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้รับบริการ เช่น บริโภคนิสัย กิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ

ตัวอย่างเช่น ปวดท้องก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง อุณหภูมิวันละ 2 ชอง นอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง

1.1.2 สังเกตและ/หรือตรวจร่างกายโดยพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม

หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ใช้การสังเกต และ/หรือตรวจร่างกาย ด้วยตนเอง เช่น วัดสัญญาณชีพ สังเกต สภาพร่างกายทั่วไป สีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม และสภาพของอารมณ์หรือจิตใจ รวมทั้งสังคมของผู้รับบริการ

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างผอมสันหัด มีอาการหายใจลำบากต้องเข้าใช้สามนิ้วอื่น ๆ ช่วย R = 14/min P = 110/min BP = 130/90 mmHg T = 37.6°C รู้สึกตัวดี แต่กระสับกระส่ายมาก ร้องครางตลอดเวลา

1.2 กำหนดปัญหาของผู้รับบริการ

1.2.1 กำหนดปัญหาของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ

รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล	รูปแบบที่มุ่งปัญหา
หมายถึง มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่ทำให้เกิด และ/หรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงเมื่อแรกรับ ในรูปของปัญหา เนื่องจากปัจจัยที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	หมายถึง มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ
ตัวอย่างเช่น - การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากขาทั้งสองข้างอ่อนแรง - เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง	ตัวอย่างเช่น - ขา 2 ข้างอ่อน เปลี่ยนท่าทางได้ลำบาก - ปวดศีรษะ - เริ่มมีรอยแดงบริเวณผิวหนังด้านหลัง

1.2.2 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการในวันต่อมา

หมายถึง มีการบันทึกข้อความที่เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือปัญหาของผู้รับบริการในวันถัดจากวันที่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล
ตัวอย่างเช่น - นาย ก. เข้ารับการรักษาใน ร.พ. นาน 5 วัน วันแรกรับกำหนดปัญหาของนาย ก. 1 ข้อ และวันต่อมาอีก 4 วัน กำหนดปัญหาของนาย ก. เพิ่มอีก 3 ข้อ เป็นต้น

2. การวางแผนการพยาบาล

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล

หมายถึง มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมของผู้รับบริการที่คาดว่าจะเปลี่ยนแปลงไป เมื่อปัญหาของผู้บริการได้รับการแก้ไขอันเป็นผลเนื่องมาจากการพยาบาล

ตัวอย่างเช่น ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

2.2 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

หมายถึง มีการบันทึกวิธีปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ความช่วยเหลือและแก้ไขทุกปัญหาของผู้ป่วยให้เปลี่ยนพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

ตัวอย่างเช่น

วัตถุประสงค์ : เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง

กิจกรรมพยาบาล : พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง (ยกเว้นเวลา 12.00 น., 16.00 น.)

2.3 กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

2.3.1 ด้านร่างกาย

หมายถึง มีการบันทึกวิธีปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชา เพื่อให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้านร่างกาย

ตัวอย่างเช่น - Dry dressing แผลหน้าท้อง b.i.d. (9, 18)

ด้านจิต-อารมณ์

<p>หมายถึง มีการบันทึกวิธีปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักวิชา เพื่อให้ความช่วยเหลือและ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้านจิตใจและ/หรืออารมณ์</p>
<p>ตัวอย่าง เช่น ชักถามความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาพยาบาล เช่น ใช้คำถามปลายเปิด</p>

2.3.3 ด้านสังคม

<p>หมายถึง มีการบันทึกวิธีปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักวิชา เพื่อให้ความช่วยเหลือและ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้านสังคม</p>
<p>ตัวอย่าง เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล</p>

2.4 ติดตามตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลได้

<p>หมายถึง มีการบันทึกวิธีปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยลงนแบบบันทึกแผนการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรถาวร โดยบันทึกด้วยปากกา</p>

3. การปฏิบัติการพยาบาล

3.1 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

หมายถึง มีการบันทึกที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจริงตามที่วางแผนไว้ โดยบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ตัวอย่าง เช่น dry dressing แผลผ่าตัดด้วย Pevedine เวลา 10.00 น.

3.2 มีการปฏิบัติการพยาบาลทุกปัญหาของผู้รับบริการ

หมายถึง มีการบันทึกที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งได้กระทำไปแล้ว เพื่อแก้ไขปัญหาที่ระบุเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือปัญหาของผู้รับบริการทุกข้อ

ตัวอย่างเช่น

- มีปัญหาของผู้รับบริการ 3 ข้อ จะมีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งกระทำไปแล้ว เพื่อแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้รับบริการทั้ง 3 ข้อ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3 ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

<p>หมายถึง มีการบันทึกที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้จริง เป็นส่วนใหญ่ อย่างน้อย 2 ใน 3 ส่วน</p>	
<p>ตัวอย่างเช่น</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ เนื่องจากมีไข้สูงตลอดเวลา</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยเวลาละ 1,000 C.C. 2. Tepid sponge เมื่อมีไข้ $T > 38^{\circ}\text{C}$ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงตลอดเวลา 	
	<p>บันทึกการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล อย่างน้อย 2 ใน 3</p>

3.4 ปฏิบัติการพยาบาลที่ระบุแสดงความแน่ชัดในการปฏิบัติ

<p>หมายถึง มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจริงอย่างแน่ชัด โดยระบุวิธีการปฏิบัติ และเวลาที่ปฏิบัติ โดยบันทึกข้อมูลเหล่านี้ลงในแบบบันทึกการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรถาวร ด้วยปากกามากกว่า 1 ใน 2 ส่วน</p>
<p>ตัวอย่างเช่น dry dressing แผลผ่าตัดด้วย Pevdine เวลา 9.00 น.</p>

4. การประเมินผลการพยาบาล

4.1 รวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

<p>หมายถึง มีการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลในช่วงของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงว่า ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลการพยาบาล มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน</p>
<p>ตัวอย่างเช่น หลังเช็ดตัว 30 นาที วัด $T = 38.2^{\circ}\text{C}$ $R = 24/\text{min}$ $P = 88/\text{min}$</p>

4.2 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

หมายถึง มีการบันทึกงานแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการกระทำกิจกรรมการพยาบาล มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน
ตัวอย่างเช่น ใช้ลดลงเล็กน้อย

4.3 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการ

หมายถึง มีการบันทึกงานแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการพยาบาลของทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือปัญหาของผู้รับบริการ
ตัวอย่างเช่น มีปัญหาของผู้รับบริการ 4 ข้อ จะมีการบันทึกที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหของผู้รับบริการทั้ง 4 ข้อ

4.4 สรุปการประเมินผลการพยาบาล

หมายถึง มีการบันทึกงานแบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นข้อสรุปว่าแผนการพยาบาลยุติได้เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขแล้ว หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลง มากกว่า 1 ใน 2 ส่วน	
รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล	รูปแบบที่มุ่งปัญหา
ตัวอย่าง เช่น หายใจได้สะดวก ไม่มีอาการชักเกร็งกระตุก ดังนั้นหยุดแผนได้	ตัวอย่างเช่น off

5. สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ

5.1 สรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ

<p>หมายถึง มีการบันทึกแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการที่แสดงถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และ/หรือประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย</p>
<p>ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส บัสสาวะได้ปกติ ไม่ปวดเวลาถ่ายบัสสาวะ สีน้ำปัสสาวะปกติ ไม่บ่นกังวล เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>BP = 140/90 mmHg T = 37.3° C P = 80/min R = 18/min อาการทุเลาลง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้</p>

5.2 แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการภายหลังออกจากโรงพยาบาล

<p>หมายถึง มีการบันทึกแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการที่แสดงว่า พยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลแผลผ่าตัด การมาตามนัดของแพทย์</p>
<p>ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ 1 สัปดาห์ - รับประทานยา Cloxacillin (500 mg) 1 cap p.o. q.i.d. a.c.) - มาตัดไหมพร้อมพบแพทย์ ในวันที่ 8 ธันวาคม 2533

แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกเชิงคุณภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง โดยใช้คู่มือวิเคราะห์
ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกเชิงคุณภาพเป็นแนวทางในการตรวจสอบ

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
1. การบันทึกแบบประเมินผู้รับบริการ 1.1 บันทึกอาการสำคัญที่ โรงพยาบาลได้สอดคล้องตามเกณฑ์ เพียงใด	1. บันทึกอาการสำคัญที่รบกวนผู้รับบริการ จนต้องมาโรงพยาบาล 2. บันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	.....	ข้อละ 1 คะแนน
1.2 บันทึกประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบันได้สอดคล้องตามเกณฑ์เพียงใด	1. บันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการ 2. บันทึกลักษณะของอาการ 3. บันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการ 4. บันทึกวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ 5. บันทึกเหตุผลที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้	.....	ข้อละ 1 คะแนน
1.3 บันทึกประวัติการเจ็บป่วยใน อดีตได้สอดคล้องตามเกณฑ์เพียงใด	1. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ/หรือการผ่าตัดที่ผ่านมาในอดีต 2. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ และ/ หรือการแพ้ยา-อาหาร สารใด ๆ	.....	ข้อละ 1 คะแนน

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
1.4 บันทึกประวัติสุขภาพของครอบครัวได้สอดคล้องตามเกณฑ์ เพียงใด	1. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และโรคร้ายแรงของสมาชิก ในครอบครัว		ข้อละ 1 คะแนน
1.5 บันทึกอาการและอาการแสดง ของผู้รับบริการเมื่อแรกได้รับได้ครบถ้วน ถูกต้องตามเกณฑ์เพียงใด	1.บันทึกค่าของสัญญาณชีพเมื่อแรกรับ 2.บันทึกอาการและอาการแสดงที่สังเกต และ/หรือตรวจได้เมื่อแรกรับ	.....	ข้อละ 1 คะแนน
1.6 บันทึกแบบแผนทางด้านสุขภาพ ได้สอดคล้องตรงตามเกณฑ์เพียงใด 1.6.1 การรับรู้และดูแล สุขภาพ	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		บันทึกได้ 10-11 แบบแผนได้ 5 คะแนน บันทึกได้ 8-9 แบบแผนได้ 4
1.6.2 อาหารและการเผา ผลาญอาหาร	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		คะแนน บันทึกได้ 5-7 แบบแผนได้ 3
1.6.3 การขับถ่ายของเสีย	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		คะแนน บันทึกได้ 3-4 แบบแผนได้ 2
1.6.4 กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		คะแนน บันทึกได้ 1-2 แบบแผนได้ 1

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
1.6.5 การพักผ่อนนอนหลับ	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		คะแนน บันทึกไม่ได้เลย ไม่ได้คะแนน
1.6.6 สติปัญญาและการรับรู้	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		
1.6.7 การรับรู้เกี่ยวกับ ตนเอง	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		
1.6.8 บทบาทและสัมพันธภาพ	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		
1.6.9 ความเครียดและ การเผชิญความเครียด	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		
1.6.10 คุณค่าและความเชื่อ	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		
1.6.11 เพศสัมพันธ์และการ เจริญพันธุ์	บันทึกข้อมูลสอดคล้องกับเนื้อหาตาม แบบแผน		
2. <u>การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือ ปัญหาของผู้รับบริการ</u>			

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
<p>2.1 บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล หรือปัญหาของผู้รับบริการได้ครบถ้วน ถูกต้องตามเกณฑ์เพียงพอ</p> <p>ก.บูรณาการกระบวนการ พยาบาล</p>	<p>1. บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้าน ร่างกายในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้าน จิตใจและ/หรืออารมณ์ในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านสังคม ในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4.ลงวันที่และเวลาที่กำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาล</p>		<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>
<p>ข. มุ่งปัญหา</p>	<p>1.บันทึกทุกปัญหาด้านร่างกายของผู้รับบริการ ในรูปของอาการและอาการแสดง</p> <p>2.บันทึกทุกปัญหาด้านจิตใจและ/หรืออารมณ์ ของผู้รับบริการในรูปของอาการ อาการ แสดงและ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคม</p>		<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
	3. บันทึกทุกปัญหาด้านสังคมของผู้รับบริการ ในรูปของอาการและอาการแสดง และ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคม .....	.....
2.2 บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนทางด้านสุขภาพตรงตามเกณฑ์ เพียงใด	1. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตามแบบ แผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ 2. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตามแบบ แผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร 3. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตามแบบ แผนการขับถ่ายของเสีย 4. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตามแบบ แผนกิจวัตรประจำวันและการออก กาลังกาย 5. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตามแบบ แผนการพักผ่อนนอนหลับ .....	.....	ข้อละ 1 คะแนน

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
	<p>6. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนสถิติปัญหาและการรับรู้</p> <p>7. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง</p> <p>8. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>9. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนความเครียดและการเผชิญ ความเครียด</p> <p>10. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ</p> <p>11. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตาม แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญ พันธุ์</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>2.3 บันทึกปัญหาของผู้รับบริการ จำแนกตามบทบาท 4 มิติของพยาบาล ได้ถูกต้องตามเกณฑ์เพียงใด</p>	<p>1. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้าน ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>2. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านป้องกัน โรค</p>	<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>	

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
	3. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล ----- 4. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ		
3. การบันทึกแผนการพยาบาล บันทึกกิจกรรมการพยาบาลได้ครบถ้วนถูกต้องตามเกณฑ์เพียงใด	1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกปัญหาของผู้รับบริการที่ระบุไว้ 2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยระบุวิธีการปฏิบัติ และเวลา		ข้อละ 1 คะแนน
4. การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล 4.1 บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องตามเกณฑ์เพียงใด	1. บันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย 2. บันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและ/หรืออารมณ์ 3. บันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคม		ข้อละ 1 คะแนน

รายการ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	คะแนน	การให้คะแนน
<p>4.2 บันทึกการประเมินผลการ พยาบาลโดยสรุปสอดคล้องตามเกณฑ์ เพียงใด</p>	<p>1. บันทึกข้อมูลที่แสดงถึงการประเมินผล โดยสรุปของทุกปัญหาว่า แผนการพยาบาล ยุติได้เมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการ แก้ไขแล้ว หรือปรับปรุงแผนการพยาบาล ใหม่เมื่อปัญหาของผู้รับบริการเปลี่ยน แปลงไป</p>		<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>
<p>5. <u>การบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ</u> บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ ได้สอดคล้องตามเกณฑ์เพียงใด</p>	<p>1. บันทึกการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย ของผู้รับบริการ</p> <p>2. บันทึกสรุประยะเวลาที่ผู้รับบริการ พักรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>3. บันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล</p> <p>4. บันทึกสภาพของผู้รับบริการก่อน จำหน่าย</p> <p>5. บันทึกค่าของสัญญาณชีพของผู้รับบริการ ก่อนจำหน่าย</p> <p>6. บันทึกประเภทของการจำหน่าย</p> <p>7. บันทึกคำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้รับบริการ</p>		<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>

คู่มือสำหรับวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึกเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนของกระบวนการของการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการพยาบาล ตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะมีรายละเอียดและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	การให้คะแนน
1	<u>การบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ</u>	
1.1	บันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 1. บันทึกอาการสำคัญที่รบกวนผู้รับบริการต้องมาโรงพยาบาล 2. บันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญ	ข้อละ 1 คะแนน
1.2	บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1. บันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการ 2. บันทึกลักษณะของอาการ 3. บันทึกระยะเวลาที่เกิดอาการ 4. บันทึกวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ 5. บันทึกเหตุผลที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้	ข้อละ 1 คะแนน
1.3	บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 1. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ/หรือการผ่าตัดที่ผ่านมาในอดีต 2. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ และ/หรือการแพ้ยา-อาหาร สารใด ๆ	ข้อละ 1 คะแนน
1.4	บันทึกประวัติสุขภาพของครอบครัว โดยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน	ข้อละ 1 คะแนน

ชื่อ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	การให้คะแนน
1.5	<p>บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการเมื่อแรกรับ</p> <p>1. บันทึกค่าของสัญญาณชีพเมื่อแรกรับ</p> <p>2. บันทึกอาการและอาการแสดงที่สังเกต และ/หรือตรวจได้เมื่อแรกรับ</p>	<p>ข้อละ 1</p> <p>คะแนน</p>
1.6	<p>บันทึกแบบแผนทางด้านสุขภาพ โดยบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและสอดคล้องกับแบบแผน</p> <p>1. การรับรู้และดูแลสุขภาพ</p> <p>2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร</p> <p>3. การขับถ่ายของเสีย</p> <p>4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</p> <p>5. การพักผ่อนนอนหลับ</p> <p>6. สติปัญญาและการรับรู้</p> <p>7. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง</p> <p>8. บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>9. ความเครียดและการเผชิญความเครียด</p> <p>10. คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>11. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์</p>	<p>บันทึกได้ 10-11</p> <p>แบบแผนได้ 5</p> <p>คะแนน</p> <p>บันทึกได้ 8-9</p> <p>แบบแผนได้ 4</p> <p>คะแนน</p> <p>บันทึกได้ 5-7</p> <p>แบบแผนได้ 3</p> <p>คะแนน</p> <p>บันทึกได้ 3-4</p> <p>แบบแผนได้ 2</p> <p>คะแนน</p> <p>บันทึกได้ 1-2</p> <p>แบบแผนได้ 1</p> <p>คะแนน</p> <p>บันทึกไม่ได้เลย</p>
2	<p>การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการ</p>	<p>ไม่ให้คะแนน</p>
2.1	<p>บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการ (เลือกตรวจตามรูปแบบ)</p> <p>ก. บำรุงการกระบวนกรพยาบาล</p>	

ชื่อ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	การให้คะแนน
	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านร่างกายในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2. บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตใจ และ/หรืออารมณ์ ในรูปของ ปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3. บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านสังคมในรูปของปัญหา + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4. ลงวันที่ และ เวลาที่กำหนดตาม 6d ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 	<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>
	<p>ข. มุ่งปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกทุกปัญหาด้านร่างกายของผู้รับบริการในรูปของอาการและ อาการแสดง 2. บันทึกทุกปัญหาด้านจิตใจและ/หรืออารมณ์ของผู้รับบริการในรูปของ อาการ อาการแสดง และ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคม 3. บันทึกทุกปัญหาด้านสังคมของผู้รับบริการในรูปของอาการ อาการแสดง และ/หรือข้อมูลด้านจิตสังคม 4. ลงวันที่และ เวลาที่กำหนดทุกปัญหาของผู้รับบริการ 	
2.2	<p>บันทึกปัญหาของผู้รับบริการตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร 3. การขับถ่ายของเสีย 4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 5. การพักผ่อนนอนหลับ 	<p>ข้อละ 1 คะแนน</p>

ชื่อ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	การให้คะแนน
	6. สติปัญญาและการรับรู้ 7. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง 8. บทบาทและสัมพันธภาพ 9. ความเครียดและการเผชิญความเครียด 10. คุณค่าและความเชื่อ 11. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	
2.3	บันทึกปัญหาของผู้รับบริการจำแนกตามบทบาท 4 มิติ ของพยาบาล ดังนี้ 1. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ 2. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านป้องกันโรค 3. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล 4. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	ข้อละ 1 คะแนน
3	<u>การบันทึกแผนการพยาบาล</u> 1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการที่ระบุไว้ 2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อโดยระบุวิธีการปฏิบัติ และเวลา	ข้อละ 1 คะแนน
4	<u>การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล</u> 4.1 บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล 1. บันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย 2. บันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและ/หรืออารมณ์	ข้อละ 1 คะแนน

ชื่อ	เกณฑ์ความครอบคลุมเชิงคุณภาพ	การให้คะแนน
	3. บันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคม	
4.2	บันทึกการประเมินผลการพยาบาลโดยสรุปของทุกปัญหา แผนการพยาบาล ยุติได้เมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขแล้ว หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่เมื่อปัญหาของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป	ข้อละ 1 คะแนน
5	<u>การบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ</u> 1. บันทึกการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายของผู้รับบริการ 2. บันทึกสรุประยะเวลาที่ผู้รับบริการพักรักษาในโรงพยาบาล 3. บันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 4. บันทึกสภาพของผู้รับบริการก่อนจำหน่าย 5. บันทึกค่าของสัญญาณชีพของผู้รับบริการก่อนจำหน่าย 6. บันทึกประเภทของการจำหน่าย 7. บันทึกคำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้รับบริการ	ข้อละ 1 คะแนน

แบบตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาการบันทึก

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงใน ตามความเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ใช่ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในรายการที่ตรวจสอบตามแบบตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาการบันทึกจริง ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ใช่ หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในรายการที่ตรวจสอบตามแบบตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาการบันทึกเลย ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ข้อ	รายการ	ใช่ 1	ไม่ใช่ 0
1	<u>การบันทึกในแบบประเมินผู้รับบริการ</u>		
1.1	บันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 1. ข้อมูลที่แสดงถึงอาการเด่นที่รบกวนผู้รับบริการจนต้องมาโรงพยาบาล โดยบันทึกได้สั้น สื่อความหมายชัดเจน 2. ได้บันทึกระยะเวลาและลักษณะของอาการเด่นได้อย่างสอดคล้องกัน		
1.2	บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1. บันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการและระยะเวลาที่เกิดอาการได้สั้น กระตัดรัด และเข้าใจง่าย 2. บันทึกลักษณะของอาการเด่นได้สั้น กระตัดรัด และเข้าใจง่าย 3. บันทึกวิธีการแก้ไขอาการหรือความเจ็บป่วยได้สั้นกระตัดรัด และเข้าใจง่าย 4. บันทึกเหตุผลที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้ไว้อย่างมีเหตุผลเหมาะสม และเข้าใจง่าย		

ข้อ	รายการ	ใช่ 1	ไม่ใช่ 0
1.3	<p>บันทึกสภาพของผู้รับบริการที่สังเกตได้</p> <p>1. บันทึกอาการและ/หรืออาการแสดงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ/อารมณ์</p> <p>2. บันทึกได้สั้น เข้าใจง่าย และสื่อความหมายชัดเจน</p>		
2	<p><u>การบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้รับบริการ</u></p> <p>2.1 <u>บูรณาการกระบวนการพยาบาล</u> <u>มุ่งปัญหา</u></p> <p>1. บันทึกทุกปัญหาและสาเหตุได้</p> <p>2. บันทึกทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้</p> <p>3. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ตรงตามลักษณะของด้านที่กล่าว</p> <p>1. บันทึกอาการและ/หรืออาการ-แสดงได้สอดคล้องกันทุกปัญหา</p> <p>2. บันทึกทุกปัญหาของผู้รับบริการ ถูกต้องตามหลักของการเขียน เข้าใจง่าย</p> <p>3. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ตรงตามลักษณะของด้านที่กล่าว</p>		
2.2	<p>บันทึกปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>1. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ และสื่อความหมายชัดเจน</p>		
	<p>2. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>3. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนการขับถ่ายของเสีย และสื่อความหมายชัดเจน</p>		

ข้อ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
		1	0
	<p>4. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>5. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>6. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>7. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>8. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการกับแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>9. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนความเครียดและการเผชิญความเครียด และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>10. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ และสื่อความหมายชัดเจน</p> <p>11. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และสื่อความหมายชัดเจน</p>		
3	<p><u>การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อได้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อ</p> <p>2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อ โดยระบุวิธีการปฏิบัติและเวลาได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย โดยผู้อื่นสามารถนำไปปฏิบัติได้</p>		

ชื่อ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
		1	0
<p>4 <u>การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>1. บันทึกทุกข้อความที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>2. บันทึกทุกข้อความที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้สิ้น และเข้าใจง่าย</p> <p>3. บันทึกทุกข้อความที่ในแบบบันทึกการพยาบาลในรูปของข้อมูลของผู้รับบริการ/การปฏิบัติการพยาบาล/ประเมินผลทั้งหมด</p> <p>4. บันทึกทุกข้อความที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/อารมณ์ได้สิ้น และเข้าใจง่าย</p> <p>5. บันทึกทุกข้อความที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมได้สิ้น และเข้าใจง่าย</p> <p>6. เลือกตรวจตามรูปแบบ</p> <p>ก. บุคลากรกระบวนกรพยาบาล: บันทึกข้อความที่บ่งชี้ ถึงการประเมินผลโดยสรุปของทุกปัญหาว่า แผนการพยาบาลยุติได้เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างชัดเจน สิ้น และเข้าใจง่าย</p> <p>ข. มุ่งปัญหา: บันทึกข้อความที่บ่งชี้ถึงการประเมินผลโดยสรุปของทุกปัญหา โดยบันทึกคำว่า "OFF" ในกรณีแผนการพยาบาลยุติได้เมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเป็นปัญหาใหม่หรือคำว่า "SAME" ในกรณีปรับปรุงแผนการพยาบาลเมื่อปัญหาของผู้รับบริการไม่เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (แต่ไม่เป็นปัญหาใหม่)</p>			

ชื่อ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
5 <u>การบันทึกการสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการ</u> 1. บันทึกการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายของผู้รับบริการได้ถูกต้องและเข้าใจง่าย 2. บันทึกอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลได้ถูกต้องและกระชับรัด 3. บันทึกสภาพของผู้รับบริการก่อนจำหน่ายได้ใจความสั้น เข้าใจง่าย 4. บันทึกค่าของสัญญาณชีพได้ถูกต้อง เข้าใจง่าย 5. บันทึกคำแนะนำก่อนจำหน่ายทุกข้อได้สั้น กระชับรัด และเข้าใจง่าย	1	0	


 ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง โดยใช้คู่มือวิเคราะห์
ความต่อเนื่องของการบันทึกเป็นแนวทางในการตรวจสอบ

รายการ	คะแนน			
	3	2	1	0
<p>1. <u>การประเมินผู้รับบริการ</u></p> <p>1.1 มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับ ในแบบประเมินผู้รับบริการและได้มีการบันทึกข้อมูล ของผู้รับบริการเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ทุกเวรใน 24 ชั่วโมงแรก ที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p>				
<p>1.2 มีการบันทึกข้อมูลใหม่เกี่ยวกับผู้รับบริการ ในแบบบันทึกการพยาบาล ทุกเวรตั้งแต่หลัง 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่ง จำหน่ายผู้รับบริการ</p>				
<p>2. <u>การระบุปัญหาของผู้รับบริการ</u></p> <p>2.1 มีการบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของ ผู้รับบริการแต่ละข้อสืบเนื่องมาตั้งแต่แรกกับผู้รับ บริการ</p>				

รายการ	คะแนน			
	3	2	1	0
2.2 มีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาล ที่ เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อ หลัง จากค้นหาได้จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือ ปัญหาเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิงเนื่องกัน ได้รับการ แก้ไข หรือข้อวินิจฉัย/ปัญหาเปลี่ยนแปลงทุกวัน				
2.3 มีการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการขึ้นใหม่ต่อจาก วันที่รับผู้บริกรใหม่				
3. <u>การวางแผนการพยาบาล</u>				
3.1 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึก แผนการพยาบาลซึ่งแสดงความต่อเนื่องของ กิจกรรม				
3.2 มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลแต่ละ ปัญหาของผู้รับบริการสืบเนื่องต่อกัน จนกระทั่ง ปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหาเปลี่ยนแปลงไป				
4. <u>การปฏิบัติการพยาบาล</u>				
4.1 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึก การพยาบาลที่แสดงว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลของ แต่ละข้อปัญหาของผู้รับบริการสืบเนื่องกันทุกเวร				

รายการ	คะแนน			
	3	2	1	0
<p>4.2 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงว่า ได้ปฏิบัติต่อเนื่องกันทุกเวร เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของผู้รับบริการตามแต่ละข้อตามที่ระบุ เป็นปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>4.3 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลที่สัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อทุกเวรจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป</p>				
<p>5. <u>การประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>5.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกเวร เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล</p>				
<p>5.2 มีการบันทึกที่แสดงว่า ปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อได้มีการประเมินผลสืบเนื่องกันทุกเวร ตั้งแต่ได้มีการปฏิบัติต่อปัญหาของผู้รับบริการทุกวัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป</p>				

คู่มือสำหรับวิเคราะห้ความต่อเนื่องของการบันทึก

รายละเอียดในการวิเคราะห้ความต่อเนื่องของการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่สร้างขึ้นมีดังนี้

1. การประเมินผู้รับบริการ

- 1.1 มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้รับบริการและได้มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ทุกเวรใน 24 ชั่วโมงแรก ที่รับไว้ในโรงพยาบาล

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินผู้รับบริการ - แบบบันทึกการพยาบาล (ช่องของข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ) <p>ข. ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
1. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อแรกรับในแบบประเมินผู้รับบริการ	- <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 3 และ 4 อย่างครบถ้วน
2. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่แรกรับผู้รับบริการ	- <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ
3. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรถัดจากเวรที่แรกรับ	ข้อที่ 2 และ 3 หรือ 3 และ 4 หรือ 2 และ 4
4. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่ 3 ของ 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล	- <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกตามที่ระบุข้อที่ 1 และข้อที่ 2 หรือ 3 หรือ 4 เพียงหนึ่งข้อ - <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อที่ 1 เท่านั้น หรือไม่มีเลย

- 1.2 มีกำรบันทึกข้อมูลใหม่เกี่ยวกับผู้รับบริการ ในแบบบันทึกการพยาบาล ทุกเวรตั้งแต่
หลัง 24 ชั่วโมงแรกที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้รับบริการ

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการจากแบบบันทึกการพยาบาล (ช่องของข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ)</p> <p>ข. ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
1. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อแรกรับใน เวรที่ต่อจาก 3 เวรแรกที่รับไว้ใน ร.พ.	- ให้ 3 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1 และ 2 อย่างครบถ้วน
2. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการทุกเวร และทุกวันจนกระทั่งการจำหน่าย	- ให้ 2 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 3 (อาจมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1 หรือไม่มีก็ได้)
3. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 2 ส่วน และไม่ทุกวันจนกระทั่งการจำหน่าย	- ให้ 1 คะแนน เมื่อมีการบันทึกตามที่ระบุ ในข้อที่ 4 (อาจมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1 หรือไม่มี)
4. มีบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน และไม่ทุกวันจนกระทั่งการจำหน่าย	- ให้ 0 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1 เท่านั้น หรือไม่มีเลย

2. การระบุปัญหาของผู้รับบริการ

- 2.1 มีการบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อสืบเนื่องมาตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการ

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>1. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินผู้รับบริการ หรือ - แบบบันทึกแผนการพยาบาล หรือ - แบบบันทึกการพยาบาล <p>2. ให้ความเห็น โดยมีเกณฑ์การให้ความเห็นดังนี้</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้ความเห็น
1. มีบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการในแบบประเมินผู้รับบริการ	- 3 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2
2. มีบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อสืบเนื่องมาตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการทุกวัน และทุกวัน	- 2 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 3
3. มีบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อสืบเนื่องมาตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการประมาณ 1 ใน 2 ส่วน และไม่ทุกวัน	- 1 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 4
4. มีบันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อสืบเนื่องมาตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการ ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน และไม่ทุกวัน	- 0 คะแนน เมื่อมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อที่ 1 เท่านั้น หรือไม่มีเลย

- 2.2 มีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ หลังจากค้นหาได้จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหาเปลี่ยนแปลงไปอย่าง สืบเนื่องกันทุกวัน

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการตั้งแต่ค้นหาปัญหา ได้จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบบันทึกการพยาบาล (ช่องของข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ และช่วงของ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล) - แบบบันทึกแผนการพยาบาล (ช่องของประเมินผลการพยาบาล) <p>ข. ให้นำคะแนน โดยมีเกณฑ์การนำคะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การนำคะแนน
1. มีบันทึกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อทุกวันในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกทุกวเอร์ และทุกวัน ในแบบบันทึกการพยาบาล	- <u>นำ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1
2. มีบันทึกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการพยาบาล ในแบบบันทึกแผนการพยาบาลและแบบบันทึกการพยาบาลประมาณ 1 ใน 2 ส่วน	- <u>นำ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - <u>นำ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3
3. มีบันทึกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อในแบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาล ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน	- <u>นำ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 และ 3 เลย

2.3 มีการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการขึ้นมาใหม่ต่อจากวันที่รับผู้รับบริการใหม่

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการจากแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p> <p>ข. ๖ ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>1. มีบันทึกปัญหาของผู้รับบริการเพิ่มเติม ต่อจากวันแรกที่รับผู้รับบริการ</p>	<p>- ๖ ให้ 1 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1 (โดยไม่จำกัดจำนวนปัญหาที่เพิ่มเติม)</p> <p>- ๖ ให้ 0 คะแนน เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูลตาม ที่ระบุในข้อที่ 1</p>

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การวางแผนการพยาบาล

3.1 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาลซึ่งแสดงความต่อเนื่องของกิจกรรม

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
ก. ตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลจากแบบบันทึกแผนการพยาบาล ข. ให้อะไรคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้อะไรคะแนน คือ	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้อะไรคะแนน
มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาลเช่น <ul style="list-style-type: none"> - dry dressing แผล b.id.(9,18) - จัดสิ่งแวดล้อมมาให้เจ็บสงบตลอดเวลา โดยมีการบันทึกได้ <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3) 2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3) 3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 - <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 - <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย

3.2 มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาลแต่ละปัญหาของผู้รับบริการสืบเนื่องต่อกัน
จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหาเปลี่ยนแปลงไป

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกการวางแผนการพยาบาลแต่ละปัญหา ของผู้รับบริการจากแบบบันทึก แผนการพยาบาล (ช่องของประเมินผลการพยาบาล)</p> <p>ข. ให้อะไรคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้อะไรคะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้อะไรคะแนน
<p>มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลของแต่ละ ปัญหาของผู้รับบริการอย่างสืบเนื่องกันจน กระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหา เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการบันทึกได้</p> <p>1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>- <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1</p> <p>- <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 2</p> <p>- <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ ระบุในข้อที่ 3</p> <p>- <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูล ตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย</p>

4. การปฏิบัติการพยาบาล

- 4.1 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงว่ามีปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละข้อปัญหาของผู้รับบริการสืบเนื่องกันทุกเวร

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงจากแบบบันทึกการพยาบาล (ช่องของการพยาบาล)</p> <p>ข. ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงของแต่ละปัญหาสืบเนื่องกันทุกเวร โดยมีการบันทึกได้</p> <p>1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>- <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1</p> <p>- <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2</p> <p>- <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3</p> <p>- <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย</p>

- 4.2 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงว่า ได้ปฏิบัติ ต่อเนื่องกันทุกเวร เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของผู้รับบริการตามที่ระบุ เป็นปัญหา ของผู้รับบริการ

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของผู้รับบริการจากแบบบันทึกการพยาบาล</p> <p>ข. ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>มีบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของผู้รับบริการแต่ละข้ออย่างต่อเนื่องกันทุกเวรโดยมีการบันทึกได้</p> <p>1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>- <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1</p> <p>- <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2</p> <p>- <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3</p> <p>- <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย</p>

- 4.3 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลที่แสดงว่ามีการปฏิบัติ
การพยาบาลที่สัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อทุกเวรจนกระทั่งปัญหา
ได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติจริง และสัมพันธ์กับปัญหาของผู้รับบริการ แบบบันทึกการพยาบาล</p> <p>ข. ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>มีบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงและสัมพันธ์ กับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละข้อทุกเวร จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือ เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการบันทึกได้</p> <p>1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>- <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1</p> <p>- <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 2</p> <p>- <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ ระบุในข้อที่ 3</p> <p>- <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูล ตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย</p>

5 การประเมินผลการพยาบาล

5.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกเวร เพื่อการประเมินผล
การปฏิบัติการพยาบาล

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล จากแบบบันทึก การพยาบาล</p> <p>ข. ให้อะไรคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้อะไรคะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้อะไรคะแนน
<p>มีบันทึกที่แสดงถึงการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกเวร เพื่อการประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาลโดยมีการบันทึกได้</p> <p>1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>- ให้อะไร 3 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 1</p> <p>- ให้อะไร 2 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุ ในข้อที่ 2</p> <p>- ให้อะไร 1 คะแนน เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ ระบุในข้อที่ 3</p> <p>- ให้อะไร 0 คะแนน เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูล ตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย</p>

- 5.2 มีการบันทึกที่แสดงว่า ปัญหาของผู้รับบริการแต่ละชื่อได้มีการประเมินผลสืบเนื่องกันทุกเวอร์ ตั้งแต่ได้มีการปฏิบัติต่อปัญหาของผู้รับบริการทุกวัน จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป

คำชี้แจงในการตรวจสอบ	
<p>ก. ตรวจสอบการบันทึกเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อปัญหาของผู้รับบริการแบบบันทึกการพยาบาล</p> <p>ข. ให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อปัญหาของผู้รับบริการแต่ละชื่อทุกเวอร์สืบเนื่องกันทุกวันจนปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป โดยมีการบันทึกได้</p> <p>1. เป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อย 2 ใน 3)</p> <p>2. เป็นบางส่วน (อย่างน้อย 1 ใน 3)</p> <p>3. เป็นส่วนน้อย (น้อยกว่า 1 ใน 3)</p>	<p>- <u>ให้ 3 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1</p> <p>- <u>ให้ 2 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2</p> <p>- <u>ให้ 1 คะแนน</u> เมื่อมีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3</p> <p>- <u>ให้ 0 คะแนน</u> เมื่อไม่มีการบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 2 หรือ 3 เลย</p>

แบบสอบถามความง่ายในการบันทึก

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความในช่อง

ตามความเข้าใจจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

1. ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่

<input type="checkbox"/> 1. มุ่งปัญหา	<input type="checkbox"/> 2. บูรณาการกระบวนการพยาบาล
---------------------------------------	---
2. อายุ ปี
3. วุฒิการศึกษาสูงสุดทางการแพทย์คือ

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. สูงกว่าปริญญาตรี	
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ปี
5. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> 1. ตึกประสงค์ชัยรัตน์ 2
<input type="checkbox"/> 2. ตึกประสงค์ชัยรัตน์ 4
<input type="checkbox"/> 3. ตึกประสงค์ชัยรัตน์ 5
<input type="checkbox"/> 4. ตึกบริดลีย์ 4
<input type="checkbox"/> 5. ตึกบริดลีย์ 5
<input type="checkbox"/> 6. ตึกบริดลีย์ 8

แบบสอบถามความง่ายในการบันทึก

รายการ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่	ไม่	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง		แน่ใจ	เห็นด้วย	อย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
1. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการ ที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ ตรวจสอบ ร่างกาย ตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษได้อย่างสะดวก					
2. ท่านสามารถเขียน (เลือกตอบตามรูปแบบ) 2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้โดยง่าย (รูปแบบที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล)					
2.2 ปัญหาของผู้รับบริการได้โดยง่าย (รูปแบบที่มุ่งปัญหา)					
3. ท่านสามารถเขียนแผนการพยาบาลได้ โดยสะดวก					
4. ท่านสามารถเขียนบันทึกการพยาบาลใน รูปของ "DAE" (Data-Action- Evaluation) ได้โดยง่าย					
5. ท่านสามารถเขียนประเมินผลการ พยาบาลโดยสรุปแผนการพยาบาลยุติ ได้เมื่อปัญหาหมดไปหรือปรับปรุงใหม่ เมื่อปัญหาเปลี่ยนแปลงได้โดยสะดวก					
6. ท่านสามารถบันทึกเพิ่มเติมหรือปรับ เปลี่ยนข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือ ปัญหาของผู้รับบริการได้โดยสะดวก					

รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็นด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่ เห็นด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1
7. ท่านสามารถบันทึกเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้โดยสะดวก					
8. ท่านสามารถบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการได้โดยสะดวก					
9. คำอธิบายสั้น ๆ ที่กำกับตามหลังหรือได้ข้อความที่กำหนดในแบบบันทึกต่าง ๆ ช่วยให้ท่านบันทึกได้ง่ายขึ้น					
10. แนวการบันทึกที่พิมพ์ไว้ด้านหลังแบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาลช่วยให้ท่านบันทึกได้สะดวกขึ้น					
11. คู่มือในการบันทึกช่วยให้ท่านเห็นแนวทางการบันทึกได้ชัดเจนขึ้นจนสามารถบันทึกได้ด้วยตนเอง					
12. โดยสรุปท่านคิดว่าการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลนี้อำนวยความสะดวกในการบันทึก					
13. ท่านเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้เวลามากจนเกินไปในการใช้แบบบันทึกนี้					
14. ท่านรู้สึกสะดวกใจและผ่อนคลายที่จะบันทึกลงในแบบบันทึกนี้					
15. รูปแบบการบันทึกนี้เหมาะสมกับภาระงานประจำเวรของท่าน					



ภาคผนวก จ.

โครงการอบรมการบันทึกทางการแพทย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการอบรมพยาบาลประจำการ

เรื่อง

การบันทึกทางการพยาบาล

ครั้งที่ 1 วันที่ 14, 15, 17, 18 มกราคม 234

ครั้งที่ 2 วันที่ 18, 19 กุมภาพันธ์ 2534

ณ ห้องประชุมพลุลาก โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อฟื้นฟูความรู้เรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
2. เพื่อเน้นถึงความสำคัญของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาล
3. เพื่อมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการบันทึก

ทางการพยาบาล

ผู้รับผิดชอบโครงการ	ฝ่ายวิชาการแผนกพยาบาล
ผู้เข้ารับการอบรม	ผู้ตรวจการฝ่าย 5 คน
	ผู้ตรวจการบ่าย-ตึก 6 คน
	พยาบาลประจำการ 44 คน
วิทยากร	รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ
	อาจารย์อารี ชีวเกษมสุข
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
	ค่าวิทยากร 1,000 บาท
	เบ็ดเตล็ด 500 บาท
	อาหาร-น้ำชา
	งบประมาณจากอาจารย์อารี ชีวเกษมสุข
	แบบฟอร์มการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
	เอกสารประกอบการบรรยาย

กำหนดการอบรม ครั้งที่ 1

วัน/เวลา	เรื่อง	วิทยากร
วันที่ 14,17 ม.ค. 34 8.30-9.00 น.	พิธีเปิดการอบรม	
9.00-10.30 น.	การอบรมภาคทฤษฎี	รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
10.30-10.45 น.	แนวคิดของกระบวนการพยาบาล	
10.45-12.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
	แนวคิดของการบันทึกโดยปัญหา	
13.00-14.30 น.	การอบรมภาคปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ แนะนำและสาธิตการบันทึกตามรูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการ กระบวนการพยาบาล	
14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45-15.15 น.	ฝึกการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่ อบรมจากสถานการณ์จำลองและอภิปราย	
วันที่ 15,18 ม.ค. 34 9.00-10.30 น.	แนะนำและสาธิตการบันทึกตามรูปแบบ การบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งปัญหา	
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
1.045-11.15 น.	ฝึกการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่ อบรมจากสถานการณ์จำลองและอภิปราย	

ตารางหมุนเวียนในการรับบริการอบรมโครงการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล ครั้งที่ 1

หอผู้ป่วย	NP : ภาคทฤษฎี กลุ่มที่		NP : ภาคปฏิบัติ กลุ่มที่	
	1	2	1	2
	14 มกราคม 34 (8.30-12.00น)	17 มกราคม 34 (8.30-12.00น)	14 มกราคม 34 (13.00-15.15น)	17 มกราคม 34 (13.00-15.15น)
ประสงค์ชัยรัตน์ 4 (9)	5	4	5	4
บริดเลย์ 4 (9)	4	5	4	5
บริดเลย์ 5 (4)	2	2	2	2
รวม	11	11	11	11
หอผู้ป่วย	POR : ภาคทฤษฎี กลุ่มที่		POR : ภาคปฏิบัติ กลุ่มที่	
	1	2	1	2
	14 มกราคม 34 (8.30-12.00น)	17 มกราคม 34 (8.30-12.00น)	15 มกราคม 34 (9.00-11.15น)	18 มกราคม 34 (9.00-11.15น)
ประสงค์ชัยรัตน์ 2(8)	4	4	4	4
ประสงค์ชัยรัตน์ 5(5)	3	2	3	2
บริดเลย์ 8 (9)	4	5	4	5
รวม	11	11	11	11

หมายเหตุ NP = รูปแบบการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล

POR = รูปแบบการบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลที่มุ่งปัญหา

กำหนดการอบรม ครั้งที่ 2

วัน/เวลา	เรื่อง	วิทยากร
วันที่ 18,19 ม.ค. 34		
9.00-9.15 น.	พิธีเปิดการอบรม	
9.15-10.30 น.	แนะนำการสาธิตการบันทึก ตามรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล	
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
10.45-11.15 น.	ฝึกการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่อบรมจากสถานการณ์จำลองและอภิปราย	
13.00-13.15 น.	พิธีเปิดการอบรม	
13.15-14.35 น.	แนะนำและสาธิตการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งปัญหา	
14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45-15.15 น.	ฝึกการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่อบรมจากสถานการณ์จำลองและอภิปราย	

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางหมอนเวียนในการเข้ารับการอบรมโครงการอบรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครั้งที่ 2

หอผู้ป่วย	POR : ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ กลุ่มที่	
	1	3
	18 ก.พ.34 (9.00-11.15 น.)	19 ก.พ.34 (9.00-11.15 น.)
ประสงค์ชัยรัตน์ 4 (9)	4	5
บริดเลย์ 4 (9)	4	5
บริดเลย์ 5 (4)	2	2
รวม	10	12
หอผู้ป่วย	MP : ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ กลุ่มที่	
	2	4
	18 ก.พ.34 (13.00-15.15 น.)	19 ก.พ.34 (13.00-15.15 น.)
ประสงค์ชัยรัตน์ 2 (8)	5	3
ประสงค์ชัยรัตน์ 5 (5)	3	2
บริดเลย์ 8 (9)	4	5
รวม	12	10

หมายเหตุ NP = รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล
 POR = รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มุ่งปัญหา

ประวัติผู้เขียน

นางอารี ชิวเกษมสุข เกิดวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2504 ที่อำเภอเมือง
จังหวัดยะลา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (พยาบาลและผดุงครรภ์) เกียรตินิยม
อันดับสอง จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปีการศึกษา 2526 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร
ครุศาสตรมหาบัณฑิตที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2532

ประสบการณ์ในการทำงาน เมื่อ พ.ศ. 2527-2528 ทำงานเป็นพยาบาลประจำการ
หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลพญาไท 1 พ.ศ. 2528-2530 เป็นอาจารย์ภาควิชา
การพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และปัจจุบันเป็นอาจารย์
ภาควิชาวิทยาศาสตร์และการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย